ANNO XXIV — AGOSTO — 1930 — NUM. 8

REVISTA
DE
GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Director-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA
Gerente: BRENO DE MATTOS

TODA A CORRESPONDENCIA DA REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DEVE SER ENVIADA AO DIRECTOR
EXPEDIENTE DAS 5 ÁS 6 HORAS DA TARDE

ASSIGNATURA ANNUAL

BRASIL — Porte simples	*25$000*	EXTERIOR — Porte simples	*30$000*
" Registrada	*30$000*	" Registrada	*40$000*
" para Estudantes	*20$000*		

Numero avulso: *3$000*

Nota — Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assignantes communicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicata.

SUMMARIO

Peritonites gonococcicas generalizadas (trabalho da 1ª Clinica Cirurgica de Mulheres da Santa Casa de São Paulo — Serviço do Dr. Ayres Netto) — Dra. CARMEN ESCOBAR PIRES. . 317

A duração do trabalho de parto natural e as condições do feto — PEDRO V. DE SANT'ANNA e CANDIDO A. CRUZ E SOUZA . 322

Obstetricia rural — Dr. JOÃO PERES 337

Revista de Trabalhos Allemães — Dr. JORGE SANT'ANNA . . 341

NOTICIAS

Albert Döderlein. 347

BIBLIOGRAPHIA

Rev. Franç. de Gyn. et d'Obst. — Maio de 1930 . . . 349
La Gynecologie — Março de 1930 350
La Gynecologie — Março de 1930 351
Surg., Gyn. & Obst. — Janeiro de 1930 352
Gin. si Obs. — Janeiro de 2929 353
Anales del Hospital de la Santa Cruz y S. Pablo — Janeiro de 1930 353
Rev. Med. Latino-Americana — Abril de 1930 . . . 353
Notas Therapeuticas. 353

Petite Revue 356

A duração do trabalho de parto natural e as condições do feto (*)

POR

Pedro Neiva de Sant'Anna e Canuto Alves Cruz e Souza

DO HOSPITAL PRO-MATRE

A presente contribuição visa, conforme o indica seu titulo, fazer um estudo relacionando a duração do trabalho de parto natural e as condições do feto. Com este intuito, orientados pelo professor Fernando Magalhães e valendo-nos dos archivos do Hospital Pro Matre, conseguimos reunir um total de 2438 observações, sobre as quaes baseamos as nossas conclusões. Aquelle total parece-nos bastante apreciavel, pelo menos entre nós, de modo a permittir que os resultados obtidos com elles possam ser tomados em consideração.

Objectivando principalmente a questão do tempo de duração do trabalho de parto, pareceu-nos que não seria de desprezar o estudo de outras condições que influenciam a vida do feto. Entre ellas são das mais interessantes a apresentação. a posição, numero de gestações e a syphilis.

No que se refere á duração do trabalho de parto distinguimos, de accordo com a orientação do prof. Fernando Magalhães, seis (6) classes: menos de 5 horas, de 5-10 horas, de 10-20 horas, de 20-30 horas, de 30-40 horas e mais de 40 horas. Esta divisão é a mais justa e a que melhor permitte considerar os resultados obtidos.

Sendo a presente contribuição, antes de tudo, trabalho de estatistica, já por si pouco agradavel, tratado como foi por mãos inexperientes, tornou-se, é bem de ver, mais arida ainda. Entretanto, a leitura dos quadros e graficos que se vem nas linhas que seguem, talvez pouco attrahentes, põem em evidencia tudo que colhemos.

Sobre o total de 2438 partos naturaes observamos 2369 partos de apresentação cephalica, seja 97,16 %, subdividindo-

(*) Trabalho apresentado ao X Congresso Brasileiro de Medicina.

se em: de occiput 97,04 % (2366), de fronte 0,08 % (2) e de face 0,04 % (1). Avulta a esmagadora superioridade das apresentações de occiput. As apresentações pelvicas, sem discriminação de variedade, entraram com o contingente de 2,83 % (69). Note-se a enorme preponderancia das apresentações cephalicas. Convem referir que nenhuma apresentação transversa resolveu-se naturalmente. O total de mortalidade fetal foi de 7,75 %, seja, para 2438 observações, 189 fetos mortos, sendo natimortos 135 (5,54 %), neomortos 54 (2,21 %).

Nas apresentações de fronte e face tivemos uma vitalidade de 100 % o que é bastante interessante.

Nas apresentações de occiput a percentagem foi 93,24 % de nati-vivos, 4,65 % de natimortos e 2.11 % de neomortos, emquanto que nas apresentações pelvicas temos, para os nativivos, um coefficiente de 57,97 %, para os natimortos 36,24 % e 5,79 % para os neomortos, o que é bem significativo em favor das apresentações cephalicas, como factor de vitalidade fetal.

Com relação ao numero de gestações eis as cifras que encontramos: nas apresentações de occiput as primiparas com 92,38 % da nativivos, 5,14 % de natimortos e 1,53 % de neomortos; as secundiparas com 94,96 % de nativivos, 3,51 % de natimortos e 1,53 % de neomortos; nas multiparas 93,33 % de nativivos, 4,67 % de natimortos e 2 % de neomortos. Ve-se que o factor primiparidade é o menos favoravel para a vida do feto.

Nas apresentações pelvicas temos, nas primiparas 56 % de nativivos, 36 % de natimortos e 8 % de neomortos; nas secundiparas, os nativivos numa percentagem de 66,66 %, os natimortos 25 % e os neomortos 8,33 %; nas multiparas 56,25 % nativivos, 40,62 % natimortos e 3,12 % neomortos. As conclusões a se tirar sob este ponto de vista dão uma equivalencia nas primiparas e multiparas e superioridade das secundiparas.

A respeito das posições na apresentação de occiput, ha predominancia das OIEA como se vê pelo que se segue: OIEA — 74,56 %, OIEP — 1,73 %, OIDA — 9,09 %, OIDP — 14,33 %, OIET — 0,21 %, OIDT — 0,08 %. O coefficiente das OIDA, evidentemente elevado, discorda das estatisticas classicas, o que parece explicavel por terem sido as apresentações surprehendidas quando já a cabeça se achava em rotação. A diminuição das OIDP, que é evidente naquellas cifras, parece-nos vir corroborar nesta nossa supposição.

As apresentações occiput transversas offerecem um optimo coefficiente de vitalidade fetal. Nenhuma morte nas nossas sete observações.

No que se refere ás outras posições postas em funcção do numero de gestações eis o que nos foi dado observar: Para

OIEA, primiparas, temos nativivos 92,23 %, natimortos 5,22 %, 2,54 %; secundiparas, 94,44 % nativivos, 4,09 % natimortos, 1,46 % neomortos; multiparas, nativivos 92 %, natimortos 5,63 %, neomortos 2,37 %. Nesta posição observe-se que as secundiparas apresentam um coefficiente sensivelmente mais favoravel á vida fetal. Nas OIEP conta-se, para as primiparas, 87,50 % nativivos, 8,33 % natimortos, 4,17 % neomortos; nas secundiparas, 85,71 % nativivos, 0,% natimortos e 14,29 % neomortos; para as multiparas 100 % nativivos. Aqui nota-se que o factor multiparidade foi o melhor sob o ponto de vista das bôas condições de vida fetal, pois não houve uma só morte. As secundiparas fazem-se notar pela proporção nellas de natimortos, ao passo que as primiparas offerecem um grande coefficiente nesta rubrica. Com referencia ás OIDA a percentagem foi, nas primiparas 93,75 % nativivos, 4,17 % de natimortos, 2,08 % de neomortos; nas secundiparas 95,83 %, e 2,08 % respectivamente de nativivos, natimortos e neomortos; as multiparas com 95,77 % de nativivos, 2,82 % de natimortos e 1,41 % de neomortos. Salienta-se, neste ponto, a equivalencia dos dois factores secundiparidade e multiparidade, sendo tambem muito elevado, relativamente, o coefficiente de mortalidade nas primiparas. Para as OIDP, primiparas, ha 92,91 % de nativivos, natimortos 4,96 %, neomortos 2,13 %; secundiparas, nativivos, 98,27 %, natimortos, 1,73 %, neomortos, 0,71 %. O factor primiparidade é ainda aqui o mais agressivo, de modo a se concluir finalmente que elle é, em todos os casos, o peior para a vida do feto.

Nas apresentações pelvicas quasi nada podemos concluir em virtude de serem falhas, em certos pontos, as observações. Todavia encontramos uma maior frequencia das SIDA, depois das SIEA, as outras igualando-se. São, pois, as esquerdas as mais communs.

Entrando propriamente em nosso principal objectivo, que é, conforme já dissemos, a influencia da duração do trabalho de parto sobre as condições do feto, examinamos em primeiro logar as apresentações cephalicas. Para melhor evidenciar os resultados colhidos, organismamos o grafico que vae addendo (grafico n. 1). Nelle se vê, examinando a curva de natimortalidade, que esta apresenta um declive depois das 5 horas, para elevar-se gradualmente depois das 10 horas, até o periodo das 20 e das 30 horas, decrescer em seguida entre 30 e 40 horas, e subir, depois, das 40 horas para attingir o seu ponto mais elevado. Conclue-se que são os pontos extremos da curva os mais nocivos á vitalidade fetal, maxime aquelle que representa o trabalho mais demorado. O ponto mais inferior da linha é o que corresponde ao espaço de 5-10 horas.

Quanto á curva dos neomortos observa-se que a posição mais favoravel á vitalidade fetal é o periodo comprehendido

entre as 10-40 horas. Antes das 10 e depois das 40 a mortalidade cresce. Saliente-se que no periodo de 5-10 horas houve menos mortes que no de menos de 5 horas.

Estudando a questão da duração do trabalho de parto em relação ao numero de gestações organisamos os graphicos n. 2, 3 e 4. No n. 2 que se refere ás primiparas, sobreleva o maior coefficiente de mortalidade nos partos rapidos e nos demorados para os natimortos. Os neomortos apparecem com uma curva sem grandes oscillações até o periodo das 30 h., depois do que começa a erguer-se até seu ponto maximo.

No graphico n. 3, secundiparas, a curva dos natimortos é mais ou menos identica á similar do graphico n. 2, isto é, os pontos extremos do traço são os mais severos para a vida do feto. Quanto aos neomortos, a curva pouco elevada nas primeiras horas, hastea-se rapidamente depois das 30 horas attingindo seu maior coefficiente no periodo de 30-40 horas e mantem-se sensivelmente no mesmo nivel depois das 40 horas.

As multiparas (graphico 4) apresentam no traçado da natimortalidade um indice baixo e oscillante nos partos de evolução rapida e media. Nos partos demorados a linha sóbe notavelmente. Os neomortos. desenham no graphico um traçado diverso. A curva alta mas não muito a principio baixa regularmente até attingir o zero do graphico nas partes comprehendidas entre 20 e 30 horas e não mais elevar-se. Cotejando entre si os graphicos salta, á primeira vista, uma conclusão: Em todos é sempre depois de 40 horas de trabalho onde a natimortalidade é mais avultada. Seguem-se-lhe os os partos rapidos nas primiparas e secundiparas. Nas multiparas elles não apresentam tal gravidade.

Os neomortos são tambem mais numerosos nos partos demorados. Aqui ainda as multiparas fazem excepção pois evidenciam um coefficiente nullo.

Nestes graphicos ha um traçado indicando os casos que o Wassermann foi negativo ou não foi feito, Infelizmente não podemos chegar a este respeito a conclusões porque lamentavelmente predominam os que não foram feitos. Em todo caso tem-se pela differença de nivel das duas linhas uma pallida idéa do papel da syphilis. O traçado pontilhado representa o Wassermann nos neomortos. Nestes a reacção ou não foi feita ou se apresentou negativa. Para as apresentações pelvicas não podemos conforme desejaramos organisar os mesmos graphicos em virtude da falta de tempo.

Conforme já referimos atraz, as apresentações pelvicas apresentam numeroso coefficiente de mortalidade fetal. Para melhor aquilatar-se do que foi observado a este respeito examine-se o graphico n. 5. Nelle a curva de natimortos apre-

senta certas irregularidades. No emtanto uma conclusão se impõe: aqui ainda a rapidez de um lado, a demora do outro, isto é, os dois pontos extremos da linha, são condições desfavoraveis para o feto. E' o termo medio que offerece a menor taxa de mortalidade. A irregularidade que nos referimos acima relacionou-se com o facto da mortalidade attingir seu maior indice no periodo entre 30 e 40 horas e descer depois das 40 horas. O ponto optimo da curva está collocado entre 20 e 30 horas. A curva dos neomortos é interessante de se seguir: attingindo um nivel muito elevado nos partos rapidos ella decresce regularmente até attingir o zero da curva nos partos que duram de 20 a 30 horas, permanece neste ponto nos que demoram 30-40 horas e sobe rapidamente nos que excedem de 40 horas, para chegar ao seu ponto maximo. E' bom pormenorisar o que se observou com os partos que effectuam entre 30 e 40 horas, onde a percentagem de natimortos é de 83,33 % e nativivos 16,67 %.

Rio, 1-7-929.

ANNEXOS

APRESENTAÇÃO CEPHALICA

TOTAL 2366 — Nativivos 2266
Natimortos 110
Neomortos 50

		Primiparas	1011	Nativivos	934	Natimortos	52	Neomortos	25
		Secundiparas	456	,,	433	,,	16	,,	7
		Multiparas	899	,,	839	,,	42	,,	18
OIEA	1764	Primiparas	747	Nativivos	689	Natimortos	39	Neomortos	19
		Secundiparas	342	,,	323	,,	14	,,	5
		Multiparas	675	,,	621	,,	38	,,	16
OIEP	41	Primiparas	24	Nativivos	21	Natimortos	2	Neomortos	2
		Secundiparas	7	,,	6	,,	7	,,	1
		Multiparas	10	,,	10	,,	0	,,	0
OIDA	215	Primiparas	96	Nativivos	90	Natimortos	4	Neomortos	2
		Secundiparas	48	,,	46	,,	1	,,	1
		Multiparas	71	,,	68	,,	2	,,	1
OIDP	339	Primiparas	141	Nativivos	131	Natimortos	7	Neomortos	3
		Secundiparas	58	,,	57	,,	1	,,	0
		Multiparas	140	,,	137	,,	2	,,	1
OIET	5	Primiparas	2	Nativivos	2	0		0	
		Secundiparas	1	,,	1	0		0	
		Multiparas	2	,,	2	0		0	
OIDT	2	Primiparas	1	Nativivos	1	0		0	
		Multiparas	1	,,	1	0		0	
Fronte	2	Multiparas	2	Nativivos	2	0		0	
Face	1	Primiparas	1	Nativivos	1	0		0	

PARTOS QUE DURARAM MENOS DE CINCO HORAS

TOTAL 386 — Nativivos 351
Natimortos 20
Neomortos 8

PRIMIPARAS

Total 112 — Nativivos 101
Natimortos 9
Neomortos 2

OIEA	87	Nativivos	78	OIEP	2	Nativivos	2
		Natimortos	8			Natimortos	0
		Neomortos	1			Neomortos	0
OIDA	13	Nativivos	11	OIDP	10	Nativivos	10
		Natimortos	1			Natimortos	0
		Neomortos	1			Neomortos	0

SECUNDIPARAS

Total 89 — Nativivos 83
Natimortos 5
Neomortos 1

OIEA	69	Nativivos	65	OIEP	1	Nativivos	1
		Natimortos	4			Natimortos	0
		Neomortos	0			Neomortos	0
OIDA	6	Nativivos	5	OIDP	13	Nativivos	12
		Natimortos	0			Natimortos	1
		Neomortos	1			Neomortos	0

MULTIPARAS

Total 185 — Nativivos 174
Natimortos 6
Neomortos 5

OIEA	143	Nativivos	133	OIEP	2	Nativivos	2
		Natimortos	5			Natimortos	0
OIDA	13	Nativivos	13	OIDP	27	Nativivos	26
		Natimortos	0			Natimortos	1
		Neomortos	0			Neomortos	0

PARTOS QUE DURARAM DE CINCO A DEZ HORAS

TOTAL 581 — Nativivos 551
Nattmortos 17
Neomortos 13

PRIMIPARAS

Total 219 — Nativivos 209
Natimortos 5
Neomortos 5

OIEA	173	Nativivos	166	OIEP	2	Nativivos	2
		Natimortos	4			Natimortos	0
		Neomortos	3			Neomortos	0
OIDA	18	Nativivos	17	OIDP	26	Nativivos	24
		Natimortos	0			Natimortos	1
		Neomortos	2			Neomortos	1

SECUNDIPARAS

		Total	131	—	Nativivos	128		
					Natimortos	1		
					Neomortos	2		
OIEA	93	Nativivos	91		OIEP	1	Nativ vos	1
		Natimottos	0				Natimortos	0
		Neomortos	2				Neomortos	0
OIDA	18	Nativivos	15		OIDP	20	Nativivos	20
		Natimortos	1				Natimortos	0
		Neomortos	0				Neomortos	0
		OIET	1	—	Nativivos	1		
					Natimortos	0		
					Neomortos	0		

MULTIPARAS

		Total	231	—	Nativivos	214		
					Natimortos	11		
					Neomortos	6		
OIEA	170	Nativivos	156		OIEP	3	Nativivos	3
		Natimortos	9				Natimortos	0
		Neomortos	5				Neomortos	0
OIDA	21	Nativivos	19		OIDP	37	Nativivos	36
		Natimortos	2				Natimortos	0
		Neomortos	0				Neomortos	1

PARTOS QUE DURARAM DE DEZ A VINTE HORAS

		TOTAL	725	—	Nativivos	679		
					Natimortos	32		
					Neomortos	14		

PRIMIPARAS

		Total	318	—	Nativivos	299		
					Notimortos	12		
					Neomortos	7		
OIEA	227	Nativivos	213		OIEP	11	Nativivos	10
		Natimortos	7				Natimortos	1
		Neomortos	7				Neomortos	0
OIDA	31	Nativivos	30		OIDP	47	Nativivos	44
		Natimortos	1				Natimortos	3
		Neomortos	0				Neomortos	0
OIET	1	Nativivos	1		OIDT	1	Nativivos	1

SECUNDIPARAS

		Total	135	—	Nativivos	129		
					Natimortos	5		
					Neomortos	1		
OIEA	104	Nativivos	98		OIEP	2	Nativivos	2
		Natimortos	5				Natimortos	0
		Neomortos	1				Neomortos	0
OIDA	13	Nattvivos	13		OIDP	16	Nativivos	16

MULTIPARAS

		Total	272	—	Nativivos	251		
					Natimortos	15		
					Neomortos	6		

OIEA	202	Nativivos	182	OIEP	3	Nativivos	3
		Natimortos	15			Natimortos	0
		Neomortos	5			Neomortos	0
OIDA	21	Nativivos	20	OIDP	45	Nativivos	45
		Natimortos	0			Natimortos	0
		Neomortos	1			Neomortos	0
		OIDT	1 — Nativivos	1			

PARTOS QUE DURARAM DE VINTE A TRINTA HORAS

TOTAL 350 — Nativivos 325
Natimortos 19
Neomortos 6

PRIMIPARAS

TOTAL 169 — Nativivos 153
Natimortos 12
Neomortos 4

OIEA	132	Nativivos	118	OIEP	5	Nativivos	5
		Natimortos	10			Natimortos	0
		Neomortos	4			Neomortos	0
OIDA	10	Nativivos	9	OIDP	22	Nativivos	21
		Natimortos	1			Natimortos	1

SECUNDIPARAS

Total 57 — Nativivos 53
Natimortos 3
Neomortos 1

OIEA	45	Nativivos	42	OIEP	3	Nativivos	2
		Natimortos	3			Natimortos	0
		Neomortos	0			Neomortos	1
OIDA	4	Nativivos	4	OIDP	5	Nativivos	5

MULTIPARAS

Total 124 — Nativivos 119
Natimortos 4
Neomortos 1

OIEA	95	Nativivos	90	OIEP	1	Nativivos	1
		Natimortos	4			Natimortos	0
		Neomortos	1			Neomortos	0
OIDA	11	Natimortos	0	OIDP	16	Nativivos	16
		Nativivos	11			Natimortos	0
				OIET	1	Nativivo	1

PARTOS QUE DURARAM DE TRINTA A QUARENTA HORAS

TOTAL 161 — Nativivos 151
Natimortos 6
Neomortos 4

PRIMIPARAS

Total 93 — Nativivos 86
Natimortos 4
Neomortos 3

OIEA	63	Nativivos	58	OIEP	2	Nativivos	1
		Natimortos	4			Natimortos	0
		Neomortos	1			Neomortos	1

OIDA	12	Nativivos	12	OIDP	16	Nativivos	15
		Natimortos	0			Natimortos	0
		Neomortos	0			Neomortos	1

SECUNDIPARAS

Total 21 — Nativivos 20
Natimortos 1

OIEA	14	Nativivos	13	OIDA	6	Nativivos	6
		Neomortos	1			Neomortos	0
				OIDP	1	Nativivos	1

MULTIPARAS

Total 47 — Nativivos 45
Natimortos 2

OIEA	34	Nativivos	33	OIDP	9	Nativivos	8
		Natimortos	1			Natimortos	1
OIEP	1	Nativivo	1	OIDA	3	Nativivos	3

PARTOS QUE DURARAM MAIS DE QUARENTA HORAS

TOTAL 163 — Nativivos 142
Natimortos 16
Neomortos 5

PRIMIPARAS

Total 100 — Nativivos 86
Natimortos 10
Neomortos 4

OIEA	65	Nativivos	56	OIEP	2	Nativivos	1
		Natimortos	6			Natimortos	1
		Neomortos	3			Neomortos	0
OIDA	12	Nativivos	11	OIDP	20	Nativivos	17
		Natimortos	1			Natimortos	2
		Neomortos	0			Neomortos	1

OIET 1 — Nativivo 1

SECUNDIPARAS

Total 23 — Nativivos 20
Natimortos 2
Neomortos 1

OIEA	17	Nativivos	14	OIDA	3	Nativivos	3
		Natimortos	2			Natimortos	0
		Neomortos	1			Neomortos	0

OIDP 3 — Nativivos 3

MULTIPARAS

Total 40 — Nativivos 36
Natimortos 4

OIEA	31	Nativivos	27	OIDA	2	Nativivos	2
		Natimortos	4			Natimortos	0
OIDP	6	Nativivos	6	OIET	1	Nativivos	1

PARTOS PELVICOS

TOTAL 69 — Nativivos 40
Natimortos 25
Neomortos 4

		Nativivos	Natimortos	Neomortos
Primiparas	25	14	9	2
Secundiparas	12	8	3	1
Multiparas	32	18	13	1

SIEA	42	SIEP	6	SIET	2
SIDA	9	SIDP	2	SIDT	2
		?	6		

PARTOS QUE DURARAM MENOS DE CINCO HORAS

Total 13 — Nativivos 8
Natimortos 4
Neomortos 1

PARTOS QUE DURARAM DE CINCO A DEZ HORAS

Total 19 — Nativivos 10
Natimortos 8
Neomortos 1

PARTOS QUE DURARAM DE DEZ A VINTE HORAS

Total 18 — Nativivos 12
Natimortos 5
Neomortos 1

PARTOS QUE DURARAM DE VINTE A TRINTA HORAS

Total 6 — Nativivos 5
Natimortos 1
Neomortos 0

PARTOS QUE DURARAM DE TRINTA A QUARENTA HORAS

Total 6 — Nativivos 1
Natimortos 5
Neomortos 0

PARTOS QUE DURARAM MAIS DE QUARENTA HORAS

Total 7 — Nativivos 4
Natimortos 2
Neomortos 1

GRAPHICO N. 1

natimortos
mortos
Partos que duraram menos de 5 horas
Partos que duraram de 5 a 10 horas
Partos que duraram de 10 a 20 horas
Partos que duraram de 20 a 30 horas
Partos que duraram de 30 a 40 horas
Partos que duraram mais de 40 horas
5,18%
2,07%
2,92%
2,24%
4,41%
4,93%
5,43%
4,74%
3,72%
2,48%
9,84%
3,07%

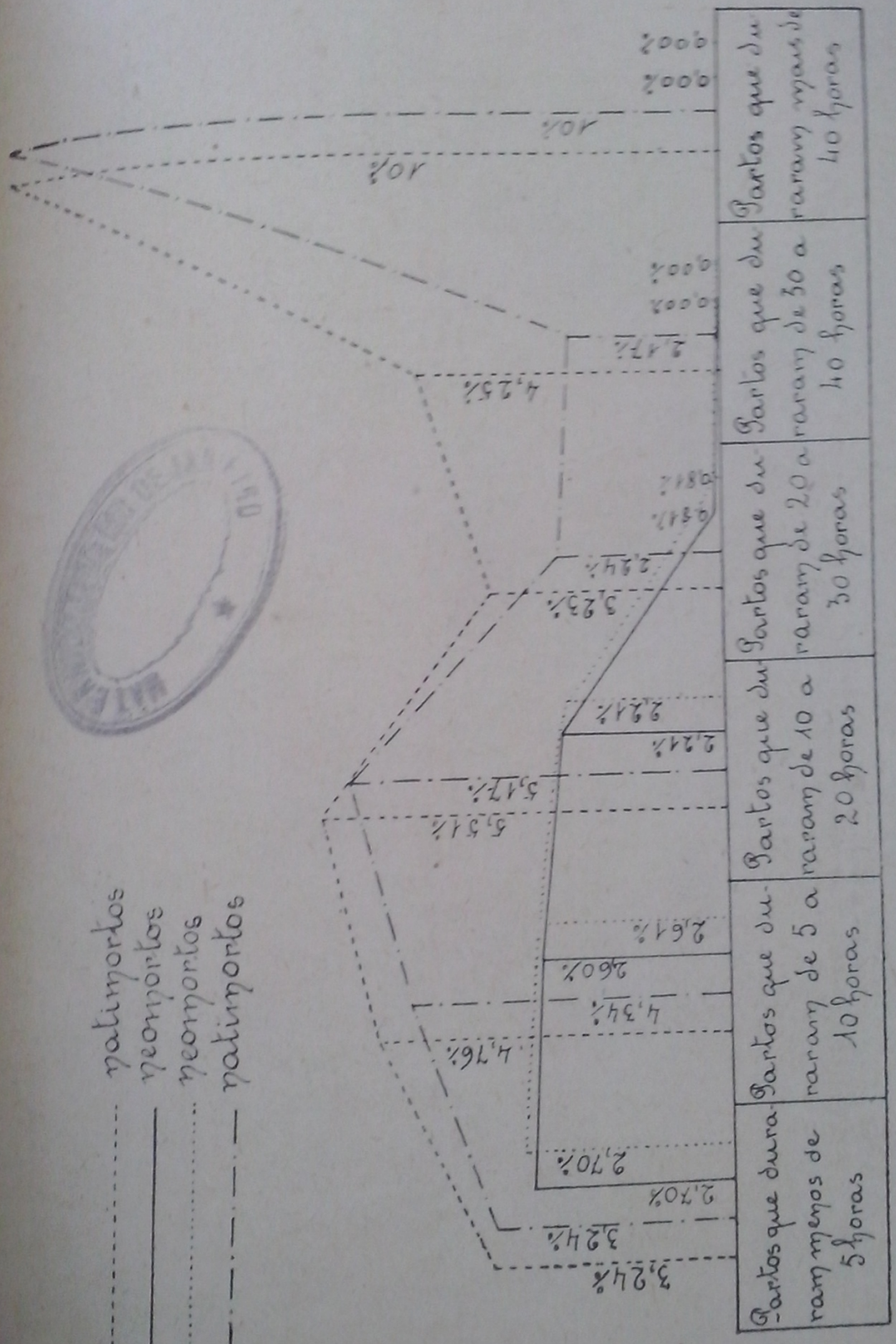
GRAPHICO N. 2

natimortos
neomortos
natimortos
neomortos
mesmo graphico com excepção dos de Wassermann positivos
Cartos que dura. ram menos de 5 horas
Cartos que dura ram de 5 a 10 horas
Cartos que dura. ram de 10 a 20 horas
Cartos que dura ram de 20 a 30 horas
Cartos que dura. ram de 30 a 40 horas
Cartos que dura ram mais de 40 horas
8,04%
7,20%
4,78%
1,80%
2,28%
2,28%
1,37%
2,38%
3,73%
3,47%
2,20%
2,20%
7,40%
6,54%
2,37%
2,30%
4,30%
3,26%
3,22%
3,26%
9,84%
9,09%
4,00%
4,04%

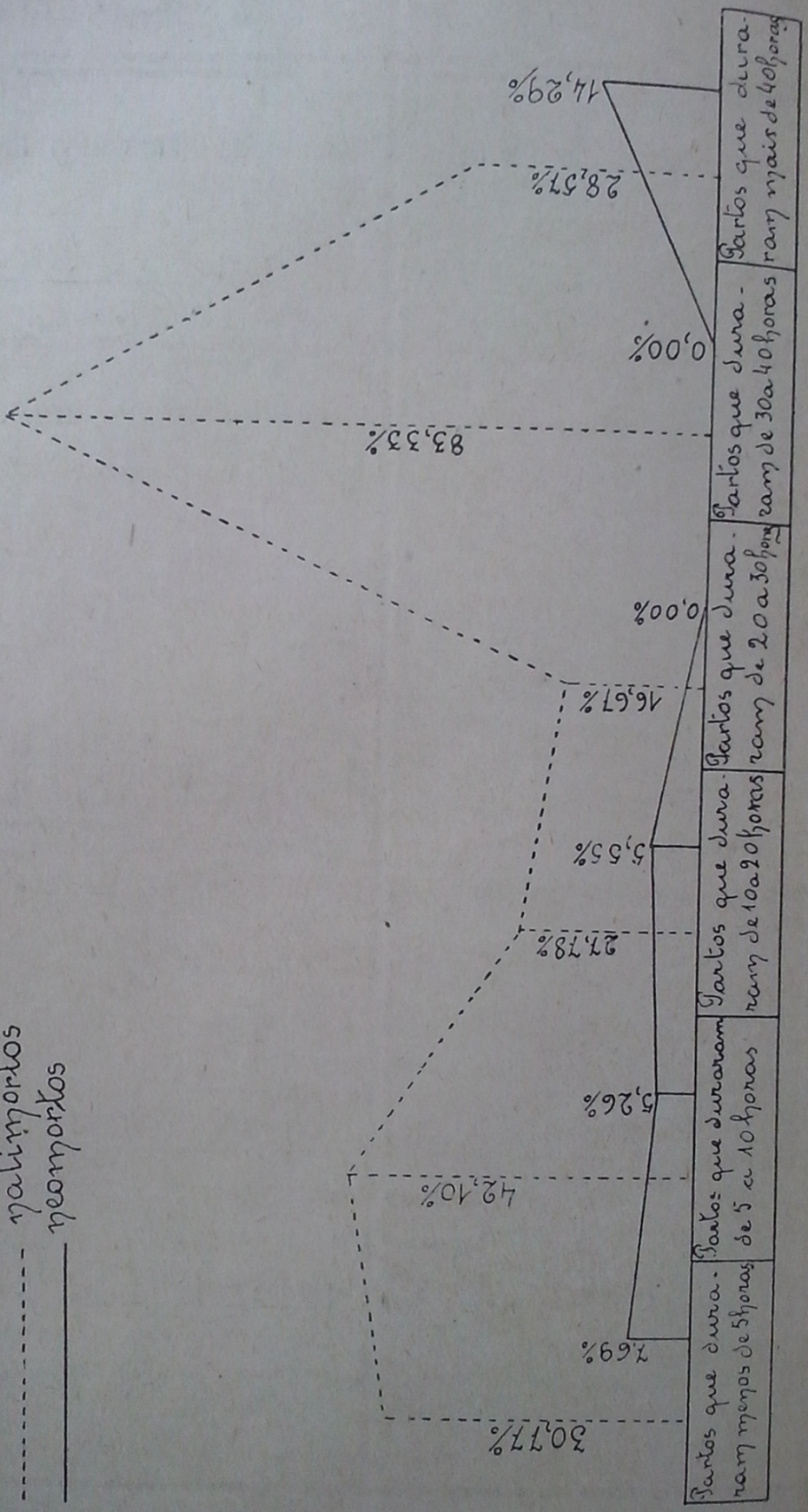
GRAPHICO N. 3

natimortos
mortos
natimortos
mortos
mesmo graphico com excepção dos de Wassermann positivos
Partos que duraram menos de 5 horas
Partos que duraram de 5 a 10 horas
Partos que duraram de 10 a 20 horas
Partos que duraram de 20 a 30 horas
Partos que duraram de 30 a 40 horas
Partos que duraram mais de 40 horas
5,61%
4,54%
4,12%
1,13%
4,79%
4,75%
3,70%
3,70%
5,26%
5,26%
4,53%
4,54%
4,76%
4,76%
8,69%
8,69%
4,35%
4,35%

GRAPHICO N. 4


natimortos
neomortos
neomortos
natimortos
Partos que dura rammenos de 5 horas
Partos que duram de 5 a 10 horas
Partos que duram de 10 a 20 horas
Partos que duram de 20 a 30 horas
Partos que duram mais de 40 horas
3,24%
2,70%
2,70%
4,76%
4,34%
2,60%
2,61%
5,51%
5,17%
2,24%
2,24%
3,23%
2,94%
2,84%
4,25%
2,47%
0,000%
0,000%
0,000%
0,000%
10%
10%

GRAPHICO N. 5


natimortos
nemortos
Partos que dura-ram menos de 5 horas
Partos que duraram de 5 a 10 horas
Partos que dura-ram de 10 a 20 horas
Partos que dura-ram de 20 a 30 horas
Partos que dura-ram de 30 a 40 horas
Partos que dura-ram mais de 40 horas
30,77%
7,69%
42,10%
5,26%
27,78%
5,55%
16,67%
0,00%
83,33%
0,00%
28,57%
14,29%

ANNO XXIV — SETEMBRO — 1930 — NUM. 9

REVISTA
DE
GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Director-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA
Gerente: BRENO DE MATTOS

TODA A CORRESPONDENCIA DA REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DEVE SER ENVIADA AO DIRECTOR
EXPEDIENTE DAS 5 ÁS 6 HORAS DA TARDE

ASSIGNATURA ANNUAL

BRASIL — Porte simples .. .. .. *25$000*
" Registrada .. .. .. *30$000*
" para Estudantes .. .. *20$000*

EXTERIOR — Porte simples .. .. *30$000*
" Registrada .. .. *40$000*

Numero avulso: *3$000*

Nota — Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assignantes communicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicata.

SUMMARIO

Um caso de fistula vesico-vaginal tratado pela via transvesical — DR. HELIO DE ARAUJO MAIA. 359

Em torno do forceps de Kielland: considerações geraes e particulares, theoricas e praticas, e criticas infundadas reduzidas ás suas devidas significações — DR. ODETTO S. DE CARVALHO 370

Revista de Trabalhos Allemães — Dr. JORGE SANT'ANNA . . 390

NOTICIAS

Homenagem ao Prof. Dr. Olinto de Oliveira . . . 397

BIBLIOGRAPHIA

Gynécologie et Obst. — Abril de 1930 398
Rev. de la Sociedad Argentina de Biologia — Maio de 1930. . 399
Rev. Med. Latino-Americana — Maio de 1930 . . . 400
Rev. Med. Latino-Americana — Maio de 1930 . . . 401
Rev. Med. del Rosario — Maio de 1930 401
American Journal of Obstetrics and Gynecology — Vol. 19, 1930 . 402

Notas Therapeuticas. 403

Petite Revue 406

Trabalho dedicado aos Drs. Victor Godinho e Octavio Rodrigues Lima.

Em torno do forceps de Kielland

Considerações geraes e particulares, theoricas e praticas, e criticas infundadas reduzidas ás suas devidas significações.

PELO

Dr. Odetto Sandoval de Carvalho

Medico da Santa Casa de Pirajuhy.

O invento dos Chamberlen, apesar de decorridos quasi 3 seculos de sua apparição, pelos artificios de pegada, de manobras atypicas ou de novos modelos, constitue ainda, por assim dizer, uma questão aberta, sem solução definitiva, e, por isso, sempre debatida e palpitante, questão que parece fadada á perpetuar-se nessa insolubilidade de todos os tempos, sem encontrar jámais o seu ponto final.

Problema secular, apesar de velho, reapparece, de tempos em tempos, com feição nova, tanto mais sugestiva quanto mais complexa, se bem que no fundo a essencia permaneça a mesma, apenas retocada, uma vez que os artifices modernos, neste ou naquelle detalhe, traem sempre a influencia dos seus antepassados.

Ainda não se chegou e nem se nutre esperanças de um accôrdo unanime sobre as vantagens ou os defeitos de um dado forceps, sobre o limite exacto além do qual será vedada toda e qualquer tentativa instrumental. Tanto isto é verdade que, de um modo geral, os grandes nomes da especialidade, se são accordes em condemnar as applicações instrumentaes sobre a cabeça fetal á entrada do canal pelvico, todos, entretanto, uns mais, outros menos, as praticam, de modo que, em ultima analyse, sem excepção, são todos, na realidade, mais condemnadores theoricos que praticos. Mandam a justiça e a verdade reconhecer que essas intervenções são parcimoniosamente effectuadas pelos maioraes da Obstetricia, mas, não é licito admittir transigencias ou contemporisações desse quilate em se tratando de problemas de tamanhas relevancia. Se a intervenção é perigosa, difficil e malefica, de resultados tão imprevistos quanto duvidosos, então, que seja proscripta, formalmente, de uma vez para sempre. Emquanto isto não acontece, emquanto as applicações altas de forceps ainda não sahiram de nossas cogitações, volvamos ao assumpto, portanto.

O forceps, desde os seus primordios até os nossos dias, constitue um problema de finalidade insatisfeita, pela razão muito simples de que a perfeição ou a imperfeição do instrumento não depende, unica e exclusivamente, de si. Fosse a imperfeição unilateral, sómente instrumental, e a incognita já teria sido, naturalmente, de ha muito resolvida. Mas, é que, por melhor que seja, o instrumento terá sempre contra si dois factores que não podem ser previstos, que não se amoldam ou se adaptam ás condicções instrumentaes de modelo algum: o factor trajecto e o factor objecto.

O trajecto — variando na sua capacidade, fórma, elasticidade e dimensão; o objecto — na sua orientação, altitude e volume, um dado forceps, por mais engenhoso e perfeito que fosse, deante de tanta diversidade, seria o unico dos factores immutaveis, sempre o mesmo para todos os casos, e, como resultado final, esta aberração e contrapenso: um unico e mesmo instrumento para todas as situações, quaesquer que fossem ellas.

Esta ou aquella particularidade no trajecto, na attitude ou altitude do objecto, reclamaria, tambem, um instrumento condigente com tal particularidade, o que entra pelos olhos, o que o raciocinio concebe, a logica acceita e a pratica sanccionaria. Um só instrumento não póde ser perfeito para todos os casos. O ideal seria: para cada caso um dado instrumento. Como, entretanto, não se póde dispor, de modo absoluto, de tal ou qual instrumento, para tal ou qual caso, a questão é encarada e resolvida de accôrdo com o seguinte criterio: o instrumento a ser empregado subordina-se á altura que o polo cephalico occupa no canal pelviano. D'ahi, a classificação dos instrumentos em duas cathegorias: altos e baixos.

Vamos, no presente artigo, tratar do forceps de Kielland, o mais novo, e, por isso mesmo, o mais ruidoso dos representantes dos chamados «forceps altos».

***

Christian Kielland apresentou o seu forceps em maio de 1915 á Sociedade de Gynecologia de Munich, depois de 8 annos de pratica com o mesmo e apoiado na respeitavel cifra de 352 applicações.

Duas causas retardaram a divulgação do novo forceps, entre nós: de um lado, a guerra, ficando, dessa maneira, o conhecimento do novo modelo mais ou menos restricto aos centros germanicos; de outro, a norma, não sei se patriotica, mas pelo menos anti-scientifica, dos nossos amigos francezes, fonte habitual de aprendizagem dos nossos patricios, não fazerem mensão dos trabalhos tedescos.

Terminada que foi a guerra, surgiram, um após outro, numerosos trabalhos allemães sobre o Kielland, de modo que,

apesar de scandinavo o seu autor e de ter passado a sua actividade profissional na Universidade de Christiania, na Noruega, (1) como chefe de clinica da especialidade, os meritos da divulgação do instrumento couberam, evidentemente, á escola germanica, cuja literatura sobre o assumpto, encarada sob apreciações diversas, é a mais rica, convincente e autorisada.

Entre outros, pronunciaram-se favoravelmente sobre o novo forceps, em cabeças transversas, altas, os seguintes parteiros: Heidler, Saenger, Halban, Rosenfeld, Winter, Hoffmann, Liepmann, Döderlein, Kuster, Rustner, Mueller, Neumann, Klim, Ibodiesne, Schweitzer, Riediger, Benthiom Schröder, Mayer, Kupferberh, Knull, Ternesvary, Baum, Schubert, Kalr Ruge II, Frey, Hemstein, Hirchberg, Greenhill, P. Gaifani, Barbaro, Carreras, G. Dossena, etc. Dos nossos parteiros, são seus apologistas: Victor Godinho, Octavio Rodrigues Lima, Jorge Sant' Anna, além de varios profissionaes militantes no serviço obstetrico da Faculdade de Medicina de São Paulo.

Não existe ainda harmonia entre os diversos autores a respeito das indicações geraes do instrumento. Dentre elles, uns restringem por demais as suas applicações, condemnando a generalisação ou a permissão do emprego do forceps aos menos afeitos á arte obstetrica, só o admittindo em mãos peritas. Outros emprestam-lhe, mesmo, emprego universal.

Fernando Magalhães, o chefe e creador da escola obstetrica nacional, não sympathisa com o Kielland, reconhecendo-lhe, entretanto, se bem que limitadas, vantagens em determinados casos.

Os seus maiores detractores o têm sido, apenasmente, theoricos, pois delles, uns, nunca o empregaram e outros o empregaram poucas vezes, facto que só por si invalida taes opiniões, por mais respeitaveis que sejam. Assim, Schauta e Stratz nunca o applicaram; condemnaram-no, portanto, *á outrance*.

Fehling considera-o inutil, mas, (ha sempre um *mas* em tudo, e, muitas vezes, basta um *mas* para estragar opiniões por mais acatadas que nos pareçam), condemna-o fazendo, porém, referencias a 3 colheres. Usou, naturalmente, o Kilian e se insurgiu contra o Kielland. Uma pequena confusão de nomes, apenas, e como resultado final dessa confusão uma sentença injusta e despropositada.

Lantuéjoul tambem critica, desfavoravelmente, o novo modelo de forceps, mais, talvez, com o espirito e o coração de francez do que como scientista imparcial, e, no final da critica, ella se nos mostra em toda a sua nudez, em toda a sua plenitude, infundada e suspeita, pois o parteiro francez estampa o velho forceps de Naegele por elle «chrismado», como bem diz Octavio Rodrigues Lima, pelo de Kielland. E' o sufficiente

(1) Actualmente professor cathedratico em Copenhague.

folhear o 4.º volume da obra de Bar, publicada sob a direcção de Brindeau, paginas 68, fig. 55, edição de 1926, para se aquilatar da veracidade e da sinceridade dessa critica.

Certa vez, no Rio, quando ainda doutorando, mas já bem enfronhado na technica do Kielland, casualmente, assisti a uma applicação do referido forceps por um illustre parteiro, docente livre da especialidade, seu adversario declarado, da maneira seguinte, o que fazia pela segunda vez: introduziu, primeiro, a colher posterior (tratava-se de cabeça transversa, alta); difficuldade de introducção patente, possivelmente pelo bico da colher que, mal orientada, esbarraria de encontro á parede vaginal posterior ou contra o promontorio, começando, desde esse momento, uma catilinaria tremenda contra o instrumento.

Sendo o Kielland um forceps quasi recto, era o bastante abaixar o cabo, deprimindo até o perineo, se necessario, e o ou os obstaculos desappareceriam. Era só guiar o forceps, mas como assevera Magalhães, parteiros ha que são guiados pelo forceps, no caso em apreço parece que não se dava outra cousa.

Depois, foi a vez da colher anterior; reversão varias vezes tentada, infructiferamente, porque a colher não attingira profundidade sufficiente (o botão articular distanciava-se bem da furcula). A final, a reversão se fez, *á la diable,* porém a articulação foi por demais defeituosa e accidentada, motivo porque a operação não se proseguiu e o Kielland foi posto á margem, como incapaz, quando devia, apenas, haver, no caso, uma inversão de papeis: permanencia do instrumento e substituição do parteiro. Isto, alliás, não o desmereceria em nada, visto que o Kielland era instrumento novo, se pouco conhecido, menos manejado, e, além do mais, são cousas proprias do officio...

Se o parteiro em apreço soubesse, na occasião, que com o forceps em questão, sempre e em primeiro logar se applica a colher anterior; que para se obter a reversão da colher é necessario profundidade sufficiente da mesma; que sendo um instrumento quasi recto a colher posterior não póde e nem deve ser manobrada como nos seus congeneres de curvatura pelviana accentuada, se todos estes requisitos fossem devidamente considerados, tudo, talvez, teria corrido satisfatoriamente. Estive secco para dar a minha opinião, porém, simples estudante, observar um especialista todo compenetrado de sua sciencia, era espôr-se a consequencias desagradaveis.

Moralidade: Para a condemnação de um dado instrumento, condicção *sine qua non,* saber, primeiro, manejal-o.

Dos adversarios do Kielland sómente Fink o empregou maior numero de vezes, fazendo-o, todavia, em casos de contra-indicações manifestas, em bacias de estreiteza pelvica accentuada, de tal fórma que a extração fetal só era possivel mediante o

recurso condemnatorio da força excessiva. E' o que se verifica com todos os instrumentos ou medicamentos que se propõem a resolver esta ou aquella difficuldade. Cada vez mais submettem-nos a difficuldades maiores e, no final, o seu abuso trará o seu descredito. Isto não é novidade e nem constitue raridade em Obstetricia. O abuso da ergotina trouxe a sua proscripção; o abuso do forceps, se não o proscreveu de todo, limitou, grandemente, o raio de sua acção honesta e nacional, e, estou vendo, não muito longe, o dia em que a pituitrina soffrerá, talvez, a mesma condemnação de Pajot á ergotina, tal é o uso e o abuso que se vêem fazendo dessa medicação.

Não nos admira, portanto, que a indicação demaziada do Kielland trouxesse ou traga insuccessos ou desastres.

Fink na sua critica condemnatoria ao instrumento narra insuccessos oriundos de conducta como esta: dado o esforço muscular despendido, o parteiro, exhausto, deixa as tracções a cargo de um assistente, este, por sua vez, a outro, e, ás vezes, até o esforço conjuncto de dois assistentes foi utilisado nas manobras estractivas. E' evidente que a força só traria maleficios. Em casos como este não sei qual delles agiram mal: se o forceps, se os parteiros. E' bem possivel que os parteiros levassem a peior.

Não desconheço e nem desmereço a capacidade technica de Fink e dos parteiros, da clinica de Königsberg (2) que seguem a sua orientação, mas factos como os mencionados acima mostram claramente que não são lá muito apologistas ou respeitadores do: *non vis sed arte*.

Tem pois razão o nosso muito amado mestre Magalhães quando affirma que se acha muito esquecido o celebre aphorisma de Hamilton.

Dessa maneira são quasi todos os oppositores do Kielland: uns, nunca o empregaram; outros, o empregaram pouco ou o empregaram mal; e, finalmente, alguns suppuzeram condemnal-o quando de facto nada mais fizeram do que emittir conceitos sobre instrumentos de ha muito julgados, como os de Naegeli e de Kiliam, como succedeu com Lantuéjoul e Fehling, respectivamente.

Não somos enthusiastas systematicos ou adversarios intransigentes do Kielland. Não somos extremistas. Nestes casos torna-se necessario uma conducta isenta de paixões, de preconceitos, de escola, torna-se necessario cultuarmos o senso da realidade, descobrirmos os maleficios e tirarmos proveitos da acção util e vantajosa do instrumento.

Como accidentes de monta imputados ao novo forceps, os seus detractores realçam: rupturas do utero e da bexiga, rup-

---

(2) Winter, cathedratico de clinica, Riediger e Benthin, assistentes da mesma, não subscrevem os conceitos de Fink.

turas cervicaes, vaginaes e perineaes, prolapso e «trauma» do cordão, hematurias, e até descollamento da placenta. Estes accidentes, todavia, não constituem previlegios do Kielland e nem tão pouco surgiram com o seu advento. Pelo contrario, quando o K. appareceu esses accitentes já eram, de ha muito, conhecidos dos obstetras, produzidos, então, pelos forceps que o precederam. Convenhamos, portanto, que neste ponto, não existem modelos infalliveis, sujeitos que são, todos elles, aos mesmos insuccessos. Resultado: egualdade de condições.

Agora, uma pergunta: numa cabeça transversalmente alta, com ou sem asynclitismo, qual é o forceps que obtem uma pegada regular de Pinard, escopo de toda e qualquer applicação honesta de forceps, tanto assim que Faraheuf e Varnier a denominaram de pegada ideal? A resposta será unanime, não haverá discordancia entre enthusiastas e detractores do Kielland: sómente elle, e nenhum mais, conseguirá essa pegada. Então: egualdade na primeira condicção e superioridade indiscutivel na segunda. Resultado final: superioridade total.

***

Caracteristicos do Kielland: forceps de diminuta curvatura pelviana, quasi recto, esboço de curvatura perineal, cabos mais ou menos á Naegele, articulação em gotteira, escorregadia, movel, extructura delicada, um todo gracil e maneiroso.

A curvatura pelviana dos forceps communs, aperfeiçoamento que Levret introduziu ao forceps primitivo, só é util quando o eixo das colheres coincide ou se approxima da linha pelvica correspondente, o que só se verifica em cabeças já rodadas, perdendo sua razão de ser á medida que o polo cephalico se distancia da sahida do canal pelve-genital. E como os casos obstetricos que reclamam intervenções instrumentaes são em maior numero de vezes em cabeças não rodadas, tem razão Mateo Carreras quando diz que a curvatura pelviana dos forceps não corresponde ao fim para que fôra creada, tendo muito mais inconvenientes que utilidade. Sendo a finalidade do Kielland, a parte pegadas symetricas, applicações altas, fica assim explicada a exiguidade da sua curvatura pelviana. Esta curvatura favorece, outrosim, a reversão da colher anterior, que, em sendo de outro formato, descreveria uma espiral abdominal muito pronunciada e solicitaria forte distensão segmentaria.

A fraca curvatura pelviana não é, alliás, caracteristica do Kielland e sim apanagio dos forceps altos, como se vê no Demelin pois do contrario a curvatura accentuada difficultaria, sobremodo, em taes forceps, a manobra de Madame Lachapelle.

Os forceps mais ou menos rectos, entretanto, teriam o inconveniente de até destacarem o polo cephalico já fixado, uma vez que a introducção e a collocação das colheres se fizessem

de accôrdo com ás regras classicas. Para evital-o, Kielland reviveu a manobra de Boeckehmann, o avô, (3) na pratica da colher anterior, apenas aperfeiçoada, graças ao feitio do instrumento para tal fim concebido.

O esboço da curvatura perineal não têm outro intuito senão a protecção dos tecidos maternos que lhe dão o nome.

A articulação escorregadia é de summa importancia, permittindo pegadas symetricas em cabeças mesmo asymetricas, o que é impossivel com os forceps cruzados de articulação fixa, a menos que o asynclitismo fosse desfeito, pratica que importaria em consequencias tão imprevistas quanto graves, uma vez que o asynclitismo é a accommodação e a accommodação é a pedra angular da Obstetricia. O dispositivo articular permitte ao instrumento, na pratica do insinuamento, agir como uma alavanca dupla, ora anterior, ora posterior, conforme as tracções se exerçam sobre este ou aquelle ramo, isoladamente. Esta propriedade lhe permitte, tambem, até certo ponto, quando manejado por mãos habeis e por praticos perfeitamente senhores da mecanica da parturição, imitar o parto expontaneo, approximando, tanto quanto possivel, desse objectivo, pois ao polo cephalico é facultada liberalidade de movimentos digna de nota. Neste particular, sómente o Demelim, que actua sobre o centro de figura, lhe avantaja, bem entendido, vantagens na liberalidade de movimentos que mais se approximam do parto natural e unicamente nisto, pois, na aprehensão, na bôa pegada, nenhum instrumento o supera, nem siquer o eguala, já que só elle e nenhum outro, consegue uma pegada symetrica, regular, nas cabeças altas, transversas.

Não se poderá conduzir bem aprehendendo mal. A bôa conducção é fructo de uma bôa aprehensão. (4) E o Demelin que, nas cabeças altas transversas, é, nitidamente, inferior ao Kielland, nos dá, quando muito, uma aprehensão mediana, uma pegada fronto-mastoidéa, pegada simplesmente de imposição instrumental, pegada forçada, pegada que o parteiro com ella se satisfaz porque o forceps não lhe permitte presa melhor. A pegada obliqua, muito inferior á bi-parietal, não é uma aspiração do parteiro; é apenas a sua submissão á impotencia instrumental.

Nas posições transversas, principalmente, elevadas, o Kielland não encontra concurrentes; é o unico forceps, como bem diz Octavio Rodrigues Lima, que permitte uma esperança de successo. «E' bem succedido onde fracassa o Demelin» (Rodrigues Lima).

---

(3) Segundo Magalhães, o que prova que a manobra não é original de Kielland, como pensa a maioria dos parteiros.

(4) Comprehendendo-se por bôa apprehensão, já se vê, adaptação perfeita das colheres á superficie fetal apprehendida e sobre partes symetricas, isenta de toda e qualquer violencia.

Contrariamente a opinião de Muret, Victor Godinho considera-o como o forceps ideal da escavação.

Nas applicações altas o Kielland e o Demelin vêem-se degladiando entre a preferencia dos parteiros brasileiros. O forceps de Tarnier que, até ha alguns annos, era o representante predilecto dessas applicações, já perdeu os seus direitos de cidade, sendo, actualmente, instrumento fóra das cogitações dos nossos parteiros. Magalhães destruiu por tal fórma os seus apregoados effeitos e resaltou de fórma tal os seus inconvenientes, justamente em relação á sua pretendida tracção axial, que os parteiros filiados á sua escola e dos seus ensinamentos só vêem nas idéas de Tarnier a illusão de uma theoria seductora que a pratica, infelizmente, não sanccionou.

Heidler reclama, agora, para o Kielland, as suppostas vantagens das tracções axiaes, provando-as radiographicamente. Não nos interessa a miragem promissora do irrealisavel.

Tratando do forceps de Kielland, não o fazemos, apenas, theoricamente. No Hospital Pró-Matre, do Rio, dirigido pela individualidade fulgurante de Fernando Magalhães, o mestre dos mestres, onde fomos interno residente e tivemos funcções de medico residente, durante certo tempo, seguimos de perto, com interesse invulgar, interesse scientifico e interesse pela novidade, o estudo e a pratica do novo forceps, acompanhando com carinho os ensinamentos de parteiros da estatura de Victor Godinho e Octavio Rodrigues Lima, então enthusiastas convictos da excellencia do instrumento. Estivemos mesmo para escrever nossa these de doutoramento sobre o assumpto, collecionando observações, etc., só não o fazendo por termos apresentado um trabalho, de pouca valia, mas original.

Continuamos sempre os nossos estudos sobre o instrumento em questão, e, nos nossos 4 annos de pratica profissional, sómente no ultimo delles se nos depararam casos para o seu emprego, todos enquadrados, justamente, na indicação maxima do instrumento: cabeças altas, transversas, em asynclitismo posterior.

Na pratica sertaneja, onde muitas vezes não podemos contar com um auxiliar e onde nunca podemos obter uma asepsia, pelo menos soffrivel, dadas as condicções domiciliares impres-taveis dos nossos colonisadores, o Demelin, que exige um auxiliar, cujos laços, principalmente do ultimo modelo, como diz Magalhães, vão das mãos do perteiro ao solo e do solo voltam novamente ás mãos do parteiro, só por isso estaria contra-indicado, num meio onde a asepsia não póde ir além do apparelho genital e partes limitrophes, num meio assim, o mais das vezes só, como attestam as observações abaixo, o K. nos tem proporcionado resultados encorajadores, applicado maior numero de vezes do que mesmo suppunhamos, nunca, alliás, sem indicação precisa.

O Demelin é um instrumento que não póde sahir dos meios hospitalares ou das habitações luxuosas. E' um instrumento incompativel com a pobreza e a miseria dos nossos sertanejos.

O K. apresenta reaes vantagens sob o ponto de vista aseptico. só exige uma unica mão signaleira e dessa mesma só são empregados o indicador e o medio, o que não acontece com os demais modelos que solicitam o emprego de uma e outra das mãos, indistinctamente, para mister identico, empregando, portanto, as duas, para a mesma applicação. Isto não póde ser desprezado, tem o seu devido valor, tanto assim que os parteiros vizinhos Canton e Loriente, á moda de Hutin, empregam em suas intervenções manobras mais ou menos particulares, com o intuito, senão exclusivo, pelo menos em parte, de beneficiar a asepsia, usando apenas uma das mãos. Ora, o K., sob este ponto, ainda leva vantagens aos seus congeneres, pois, das mãos, emprega uma, da mão empregada, dois dedos e dos dedos, sómente as phalanges terminaes.

A reversão da colher anterior que é o espantalho de muita gente é considerada por Halban, acatado professor da especialidade, anatomicamente correcta e sem perigo, desde que seja feita com perfeição.

As nossas observações apresentam falhas sensiveis, independentes de nossa vontade, o que não podia deixar de acontecer, tratando-se de clinica privada e o mais das vezes distante da cidade e de recursos. Ellas nada mais são do que o fructo de esforços ingentes, de amor á sciencia e dedicação especial á Obstetricia, uma vez que para obtel-as tornaram-se necessario vencer difficuldades sobre difficuldades, encabeçadas, quasi sempre, por uma susceptibilidade exaggerada, que só o atrazo immenso da nossa gente justifica.

Nunca empregamos o K. a não ser em cabeças altas, transversas, quasi sempre em asynclitismo posterior. Coincidencia: todas as nossas applicações o foram em T. D.

As observações abaixo constituem as primeiras e unicas applicações do novo forceps até hoje feitas em Pirajuhy, pois o instrumento em apreço ainda não foi manejado pelos demais collegas locaes.

***

I Obs.: Aos 5/7/1929, fomos, eu e o Dr. Jorge Meirelles da Rocha, attender a um caso de parto, distante 11 kilometros da cidade. Os emissarios da parturiente adiantaram alguma cousa sobre o «caso», informando-nos de que era preciso medico devido á «queda da mãe do corpo» (sic).

Casinha de taboa, desprovida de forro e de assoalho, como sóe ser a maioria das habitações dos nossos roceiros.

Anamnese: S. H., espanhola, branca, casada, grande multipara, já tendo tido 7 filhos á termo e um aborto embryonario. Bolso dagua

roto, juntamente com as primeiras dôres de parto que surgiram ás 4 horas da madrugada de 5/7/1929.

Exame objectivo: Fundo do utero a 6 dedos acima da cicatriz umbilical, situação longitudinal, dorso á direita, pequenas partes á esquerda, apresentação não identificada. Ausculta positiva nos quadrantes inferiores.

Toque e outros dados: Antes do toque a inspecção revelou: collo uterino prolabado, em cima do colchão, completamente violaceo, colpocele anterior pronunciada e colpocele posterior oriundas de antiga e extensa ruptura perineal, naturalmente, não suturada em partos anteriores. Por essa occasião o Dr. Jorge verificava que o pulso batia 120 vezes por minuto e o thermometro accusava 39,3. Pudera! Com o collo uterino por cima de um lençol immundo e de um immundo colchão!

Trocamos o lençol e reduzimos, com extremo cuidado, o prolapso uterino, lavando antes o collo com hypochlorina. Uma vez reduzido o prolapso o toque nos mostrou dilatação para 2 dedos (5), com fórte anel constrictor e cabeça fixa no estreito superior. O collo mostrava-se irreductivel, não cedendo á dilatação digital que tentamos fazer, com extrema cautela, em attenção ao estado e aspecto delle. Procurámos convencer o marido da parturiente da utilidade de transportal-a para a Santa Casa, onde poderiam ser praticadas intervenções, por accaso necessarias, em melhores condições e ter a paciente assistencia immediata. Em vão! A nossa gente tem certa aversão á Santa Casa, alliás, infundada. Por isso deixamos a doente ficando de voltar mais tarde. Eram 9 horas. As dôres, por essa occasião, sobre serem fracas, eram espaçadas.

A's 16 horas voltamos, verificando que o estado local pouco alterara: o collo, ainda bem espesso, apresentava uma dilatação para pouco mais de 3 dedos, não permittindo que a mão atravessasse o seu anel constrictor. O utero mantivera-se, mais ou menos, **in situ.** Expectação. Durante este tempo as dôres augmentaram, ligeiramente, de intensidade. A novo exame a dilatação era completa, o que nos surprehendeu por essa transição inopinada. Por exame cuidadoso, verificamos, então, que não havia, propriamente, dilatação completa e sim ruptura lateral direita do collo. A cabeça, fixa no estreito superior, estava em T. D., em asyclitismo posterior. Um quarto de cc. de pituitrina mostrara-se de effeitos nullos. Resolvemos intervir em beneficio materno. Tratando-se de uma cabeça alta, transversa, propuz fazermos uma applicação com o Kielland.

Indicação da intervenção: Soffrimento materno.

Intervenção: Extracção de urina mediante sonda metallica, com certa difficuldade. Mulher em posição obstetrica, á beira do leito, posição muito baixa para o operador, mórmente em se tratando de um forceps alto. Asepsia vagino-vulvar. Ausencia de anesthesia.

Ajoelhado sobre um sacco de estopa, attitude que annulla os inconvenientes da pouca altura dos leitos e que denominamos de **posição catholica,** introduzimos o ramo anterior, de accordo com a technica Christiana, isto é, com a curvatura cephalica voltada para a symphise, guiado pelo indicador e medio esquerdos, então entre o polo cephalico e o labio anterior do collo uterino. Reversão facil da colher, fóra de toda e qualquer contracção uterina. Collocado o ramo posterior, com egual facilidade, estava feita uma pegada bi-parietal, symetrica, numa cabeça asymetrica, ou melhor, numa posição asymetrica.

As tracções, primeiramente feitas sobre o ramo anterior, insinuaram a cabeça, abaixando o parietal anterior e nivelando as colheres.

---

(5) Já havia sido vista de visu. O toque foi para sentil-a e julgar de sua dilatabilidade.

Rotação facil para O. P., na porção ampla da escavação, trazendo-se o polo cephalico até o estreito vulvar, quando o desprendimento passou a ser manual. Feto do sexo feminino, vivo, sem lesões de especie alguma.

Era a primeira intervenção do K. feita no municipio de Pirajuhy.

Dequitadura da placenta pelo methodo de Credé. Injecções de ergotina e pituitrina.

Pelvimetria: (6)
B E = 26
B C = 29
S P E = 19
B I — 9 + 2 = 11

Fetometria:
B P = 9
B T = 8
O F = 12
O M = 13,5
B A = 10

Circumferencia cephalica	31
Comprimento	47
Peso	3,400 ks.

Dia 6 — Pulso 125 e temperatura 39,3. Curativos locaes, do collo uterino.

Dia 8 — 120 e 39,2.

Dia 10 — 120 e 38. Curativos cervicaes. Duas injecções de Bruschetini, anti-pyogenas.

Dia 13 — 130 e 40,8. Injecções de Bruschettini, oleo e digaleno. Alimentação: caldo de carne engrossado com arroz ou massas, mingáos, chá e café.

Dia 15 — 134 e 40º. Asepsia vaginal e drenagem pelo 17, por desencargo de consciencia, apesar de não se tratar de infecção cavitaria. Ausencia de reacção abdominal á palpação e globo de segurança perfeito. Lochios proprios do puerperio.

Gangrena do collo manifesta: embrocações com tintura de iodo, creosoto e glycerina. Injecções de oleo camphorado e anti-pyogena Bruschettini.

Dia 16 — 39º e pulso filiforme, incontavel. Asepsia vaginal com hypochlorina, embrocações do collo, com tintura de iodo e creosoto e drenagem pelo 19.

Dia 17 — 130 e 39º. Estado geral pessimo. Limpeza vaginal e embrocações do collo uterino. Injecções cardio-tonicas. Não foi drenada. Falleceu á tarde.

O forceps, aqui, evidentemente, não póde ser responsabilisado pelo obito materno, pois quando a intervenção fôra feita a paciente apresentava 120 de pulso e 39,3º de temperatura (7). O attricto do collo com o colchão fôra-lhe grandemente prejudicial, ulcerando-o e predispondo-o á gangrena que victimaria a doente.

---

(6) A pelvimetria, a fetometria e a pesagem foram feitas no dia immediato ao parto, visto não dispormos, na occasião, dos instrumentos apropriados.

(7) O forceps, como o parto natural, pelo traumatismo, aggravaria a situação, mas, perguntamos: no matto, com a recusa do marido em transportar a parturiente para a Santa Casa, com 39,3 de temperatura e 120 de pulso e bolso dagua roto, ha tempo, podiamos tentar outra cousa?

Introducção facil, facil rotação e extracção perfeita, o Kielland provou, brilhantemente, o seu valor nas apresentações altas, transversaes, sem desproporção feto-pelvica.

II Obs.: Aos 2/9/1929, pela manhã, fomos chamados para examinar F. C., a 12 kilometros da cidade. Tratava-se de uma joven de 18 annos, primipara, branca, casada, em trabalho de parto desde á noitinha anterior.

O exame revelou: fundo do utero nas proximidades do concavo epigastrico, situação longitudinal e apresentação cephalica, bem perceptivel, o que logo nos despertou attenção, uma vez que a insinuação nas primiparas se processa antes que o trabalho de parto se desencadeia (8). Ausculta nitida nos quadrantes inferiores, contando-se 130 batimentos por minuto, perfeitamente rythmados.

Pelo toque concluimos por cabeça alta e dilatação para 3 dedos e bolso dagua integro. Estado geral materno optimo. Não havendo nada que indicasse uma intervenção, tranquillizamos o pessoal, retirando em seguida e ficando de sermos avisados sobre toda e qualquer occurrencia. As dôres, por essa occasião, eram validas e regulares.

A' noite fomos novamente chamados, encontrando a parturiente bem disposta. Dilatação, agora, completa, cabeça alta, fixada no estreito superior, em asynclitismo posterior e bolso dagua roto. Sutura sagital no diametro transverso, mais proxima da symphise que do promontorio, com o occipito voltado para o lado direito: T. D. As contracções eram ainda validas e regulares e os batimentos fetaes eram de 150 por minuto, rythmadamente. Expectação por não existirem motivos maternos ou fetaes que justificassem qualquer intervenção.

Quarenta minutos depois fizemos novo exame. Contracções ainda validas e de uma regularidade mathematica; a cabeça não se modificara, guardando a mesma altitude e posição á entrada do estreito superior, fortemente fixada e flexionada. Já que o motor era potente e a dilatação completa, a falta de insinuação só poderia ser devido á desproporção entre pelve e cabeça fetal, uma vez que a attitude desta era physiologica. A moldabilidade do polo cephalico era perfeita e o palpar mensurador não lobrigava desproporção de monta, motivo que nos falava a favor do parto transpelviano. A ausculta, novamente feita, reiterada e fóra das contracções uterinas, desvendara soffrimento fetal patente, batendo 164 vezes, com arythmias. Resolvemos, então, intervir.

Indicação da intervenção: Soffrimento fetal e parada do trabalho por falta de insinuação.

Intervenção: Só, sem auxiliar, a operação tinha que ser, como foi, sem anesthesia, como tem acontecido innumeras vezes. A's mulheres sertanejas, neste ponto, levam vantagem ás cidadãs, pois ellas mesmas, no mais das vezes, pedem a dispensa do anesthesico, preferindo as dôres á desagradabilidade e ao temor da narcose. Se isto não trouxesse prejuizos á acção intervencionista, muitas das quaes reclamam relaxamento uterino completo, como na manobra de reversão da colher anterior do K., seria o caso de erigirmos tal pratica em methodo, ou vice-versa, tal methodo em pratica, visto que pouparíamos os doentes á acção da narcose, e, **ipso facto,** dos accidentes que lhe são imputados.

Não se dispondo de Lucina A, á mão, foi dada á paciente uma injecção de pantopon para annullarmos ou diminuirmos a contracção uterina, pratica favorecedora da reversão da colher anterior.

Mulher em posição obstetrica, á beira do leito, asepsia vulvo-vaginal, bexiga esvasiada, parteiro em posição catholica, foi dado inicio á intervenção, com o K.. Introducção da colher anterior, reversão facil, fóra de toda e qualquer contracção e collocação da colher pos-

(8) Possivelmente, certa desproporção feto-pelvica.

terior. Tracções sobre um e outro dos ramos desceram o parietal anterior, nivelaram as colheres e insinuaram a cabeça. A rotação e o desprendimento foram feitos com facilidade, lentamente, procurando-se arremedar a mecanica do parto espontaneo. Nasceu um feto morto, volumoso, sem lesões instrumentaes por menores que fossem.

Apesar do soffrimento fetal que nos induziu á intervenção, estamos crentes de que o pantopon tenha sido mais nocivo ao feto que o forceps, manejado sem violencia, lentamente. Ausencia completa de lesões maternas, por menores que fossem. Perineo integro (9). Delivramento normal. Injecções de ergotina. Globo de segurança. Puerperio normal, apyretico. Alta 9 dias após.

III Obs.: J. J. S., de 20 annos de edade, primipara, branca, casada, brasileira, moradora na Fazenda Santo Antonio do Paraizo, a 13 kilometros da cidade, em trabalho de parto já ha dois dias.

Fundo do utero proximo do concavo epigastrico, situação longitudinal, apresentação cephalica, bem perceptivel, naturalmente alta, já que se tratava de uma primipara. Ausculta positiva, com fóco maximo no Q. I. D. Pelo toque verificamos: dilatação completa, bolsa de aguas rota na altura do 2.º plano de Hodge, com ligeiro asynchitismo do parietal posterior, T. D. Inercia secundaria, completa, motivo porque seria inutil e anti-physiologico lançarmos mão da pituitrina, «o forceps liquido» na expressão lapidar de Magalhães. Cansaço materno evidente. Resolvemos intervir com o K.

Indicação: Parada do trabalho, por inercia secundaria e soffrimento materno.

Intervenção: Após asepsia vulvo-vaginal e extracção da urina, mediante sonda metallica, sem auxiliar e sem anesthesia, em posição catholica, o parteiro e a parturiente em posição obstetrica, fôra iniciada a operação pela introducção do ramo anterior do forceps; reversão facil da colher; applicação da colher posterior, egualmente facil. Tracções sobre o ramo anterior acabam de insinuar a cabeça. Rotação na parte mais ampla da escavação e desprendimento mesmo com o K. até o estreito vulvar, quando foram retiradas as colheres e completado o desprendimento, manualmente, mediante a manobra de Ritgen. Feto vivo, bem desenvolvido, do sexo masculino. Perineo integro e extracção da placenta pelo Credé. Injecções de pituitrina e ergotina. Globo de segurança. Puerperio normal, apyretico. Alta 10 dias após.

IV Obs.: F. F. D., 19 annos, branca, casada, primipara, moradora em Agua Quente, 11 kilometros da cidade, foi por nós examinada aos 23/10/929, pelas 6 horas da manhã. Por essa occasião o exame revelou: fundo do utero proximo do concavo epigastrico, situação longitudinal, apresentação cephalica. Pelo toque: cabeça alta, no estreito superior, bolso dagua integro, collo espesso, com um dedo apenas de dilatação. Tranquillizamos a familia ficando a parturiente de ser examinada mais tarde. As dôres eram regulares, se bem que muito espaçadas.

Segundo exame feito ao meio dia: nada de anormal, apenas dilatação para 2 dedos e motor esfalfado: inercia secundaria. Ministramos á paciente uma injecção de Lucina A (10).

Pelvimetria: B E = 24
B C = 26
S P E = 18

---

(9) Tratando-se de uma primipara a integridade perineal era o attestado flagrante da applicação inoffensiva.

(10) Medicação que introduzimos no arsenal therapeutico da cidade em fevereiro de 1928.

Terceiro exame feito á meia noite do mesmo dia: dilatação para 3 dedos. Completamos a dilatação por manobras digitaes, tendo, por esse momento, a bolsa se rompido, e, como o utero havia se refeito com o repouso que a Lucina lhe dera e a cabeça fetal encontrava-se fortemente fixada, applicamos 1/4 cc. de pituitrina. As contracções appareceram, porém, fracas, se bem que intervaladamente, regulares, nada adiantando, entretanto, para o trabalho, permanecendo a cabeça fixa no estreito, flexionada, em asynclitismo posterior, T. D., isto após uma espectação de 2 1/2 horas após a injecção oxytocica. O utero novamente se relaxara, motivo que nos levaram a pensar em desproporção, embora diminuta, entre objecto e trajecto, dada á mensuração da bacia, mais ou menos chata, se bem que inaccessivel o promontorio. Perfeita moldabilidade da cabeça fetal. O cansaço materno começava a se revelar. Resolvemos, então, intervir com o K., visto tratar-se de uma cabeça alta, transversa.

Indicação: Parada do trabalho e soffrimento materno.

Intervenção: A's 3 horas da madrugada de 24/10/929, sem auxiliar e sem anesthesia, demos inicio ao parto operatorio. Mulher em posição obstetrica, parteiro catholicamente ajoelhado, uma candeia de lado, duas ligas como meio de contenção das pernas da paciente — eis tudo. A imbibição gravidica era defeituosa, insufficiente, motivo porque o toque manual era penosamente praticado (11). Introducção da colher anterior. Reversão facil. Applicação e collocação egualmente facil da colher posterior. Tracções ora num, ora noutro dos ramos, com o fim de obtermos a insinuação da cabeça. Rotação facil e desprendimento sem difficuldade, tendo nascido um feto vivo, do sexo feminino. Extracção manual da placenta e sutura perineal da furcula, com um ponto. Ausencia completa de lesões cervicaes e vaginaes. Antes da applicação do forceps foi esvasiada a bexiga, mediante sonda metallica e após o delivramento foi feita uma injecção de pituitrina. Globo de segurança.

Fetometria:

B P	= 9
B T	= 8
O F	= 11
O M	= 12,5
B A	= 9

Circumferencia cephalica	33
Comprimento	49
Peso	2,800 ks.

Cicatrização perineal « per primum ». Puerperio normal, apyretico. Alta no 9.º dia.

V Obs.: Aos 9/11/1929 fomos chamados para ver a senhora J. C., moradora na Fazenda S. José e que, no dizer do informante, era presa de « ataques de parto » (sic). Tratando-se, provavelmente, de eclampsia, fomos munidos de um bisturi para fazer a devida sangria.

Mulher joven, de 20 annos, presumiveis, primipara, casada, branca, brasileira, victima de accessos convulsivos, essencialmente edemaciada. Já havia tido para mais de 10 accessos. A anamnese lobrigava dôres de cabeça, periodicas, oliguria e perturbações visuaes. Hypertensão arterial, digitalmente falando.

Diagnostico: Eclampsia.

Em vista do diagnostico quizemos praticar uma sangria, o tratamento heroico do mal. O marido, entretanto, se oppuzera, terminantemente. Queria remedio para a doente e não sangral-a. Isso nunca!

(11) Era o caso opportuno para uma racheanesthesia.

Praticamos, então, o toque. Cabeça quasi insinuada, T. D., em ligeiro asynclitismo posterior, parietal anterior tangenciando o 2.º plano de Hodge, bolso de agua roto, dilatação completa e feto vivo pela ausculta.

Era o caso de fazermos a deplecção uterina, immediata, em attenção á vida materna, já que não podiamos contar com a sangria. Resolvida a intervenção, foi logo praticada, sem anesthesico e sem auxiliar, apenas feita uma injecção de morphina.

Intervenção: Mulher em posição obstetrica, asepsia vulvo-vaginal, Kielland flambado e operador em postura catholica, foi feita a introducção do ramo anterior; reversão facil. Introducção e collocação da colher posterior, egualmente facil. As tracções, primeiramente feitas sobre o ramo anterior, completaram de insinuar a cabeça. Rotação e desprendimento sem particularidades dignas de nota. Nasceu um feto vivo, feminino. Extracção manual da placenta, provocando-se, antes, propositalmente, certa expoliação sanguinea, desintoxicante e bemfazeja.

Foram receitados um drastico e tres clysteres de hydrato de chloral (2,0 para 60,0 de vehiculo) para serem utilisados em horas adrede estipuladas.

A fetometria, praticada no dia seguinte, forneceu as cifras abaixo:

B P = 9
B T = 8
O F = 12
O M = 14
B A = 12

Circumferencia cephalica	34
Comprimento	51
Peso	3,200 ks.

Os accessos continuaram, post-partum, mas em numero reduzido, até que no dia 11/11/1929 cessaram por completo. Dietetica apropriada. Alta no 12.º dia de puerperio.

VI Obs.: Aos 12/11/1929 fomos ao districto do Batalha, a 32 kilometros da cidade, para attendermos a uma parturiente.

Tratava-se de M. J. V., grande multipara, branca, casada, brasileira, mãe de 12 filhos, todos nascidos de partos expontaneos, motivo porque não atinava como depois de os ter, tantos e naturaes, o ultimo não havia meios. E ha 3 dias que não dormia, que não se alimentava, 3 dias que « fazia força » (sic). E, por tanto fazel-a, não a tinha mais. « Agora, só esperava morrer ».

Estado geral pessimo: dyspnéa franca, orthopnéa verdadeira, não permittindo á doente outra posição que a recostada sobre um monte de travesseiros. Suores frios, ansiedade patente, pulso falhando lamentavelmente, ausencia de temperatura, finalmente, syncope. Injecções immediatas, sem mesmo fervura da seringa, apenas desinfectada a alcool, de oleo camphorado, sparteina, caféina, digaleno.

Reanimada, a propria paciente reclama qualquer operação que a puzesse livre daquelle estado que « não aguentava mais ».

O toque feito com extrema difficuldade, pois a parturiente não supportava a posição obstetrica, dado a grande dyspnéa que a martyrisava, revelou: bolso dagua roto, ha 3 dias, segundo a paciente e áquelles que a cercavam, collo completamente dilatado, cabeça no estreito superior em D. T., levemente em asynclitismo posterior, mal fixada, em flexão media.

Ausculta positiva, fóco maximo no Q. I. D.

Resolvemos intervir em attenção ao desesperador estado materno.

A versão era contra-indicada, tratando-se de utero enxuto. Um quarto cc. de pituitrina tinha se mostrado de effeitos nullos. Não nos havia outro recurso senão soccorrermos ao K., apesar deste instrumento não ser destinado a pescar cabeças mais ou menos moveis, no estreito superior, como no presente caso. (Cabeça mal fixada).

Posição obstetrica, com protestos da doente. Asepsia vulvo-vaginal. Forceps flambado, sem anesthesico, que o proprio estado da paciente contra-indicava e sem auxiliar, demos inicio á intervenção: introducção da colher anterior, sem difficuldades; as duas primeiras tentativas de reversão da colher (utero relaxado, esfalfado) se nos mostraram difficeis, resistente, apesar da conducta empregada estar de accordo com os conhecimentos theoricos e com a pratica dos casos que o precederam. Em vista dessa difficuldade retiramos a colher e examinamos, novamente, a apresentação. Pelo exame minucioso, manual, concluimos tratar-se de polo cephalico grandemente desenvolvido, ossificação adiantada, e, como resultado final, desproporção entre movel e trajecto. Pelvigraphicamente, bacia normal, ampla. Promontorio inattingivel.

O forceps, ahi, evidentemente, era intervenção contra-indicada, que num meio hospitalar, quando muito, seria applicado a titulo de prova. Mas, em nosso caso, num ermo, só, mulher afflicta, exhausta, presa de syncopes, tinhamos que resolver o caso, ainda mesmo que fizessemos, no dizer de Morisani, uma embryotomia mascarada ([12]).

Reencetando a operação introduzimos de novo o ramo anterior, já com a mulher desesperada, reclamando a demora em se « ver livre », que não aguentava e que ia morrer (sic), introducção profunda, de tal modo que o botão do encaixe, que no forceps articulado fica, geralmente, roçando a furcula ou adjacencias, se encontrava a uns dois centimetros para dentro do canal vaginal, após a reversão, agora facil, demonstrando, assim, que as tentativas de reversões anteriores não se corôaram de exito e se mostraram resistentes e difficeis porque a introducção da colher não alcançara altura sufficiente para o successo da manobra.

A collocação profunda da colher era o attestado real, não sómente da situação alta do polo-cephalico, como de seu grande volume.

Introducção facil da colher posterior. Encaixe e tracções, predominantemente, no ramo posterior, com o fim de facilitar a insinuação, pois se tratava de asynclitismo posterior incipiente e o asynclitismo era a accommodação. As tracções foram firmes, vigorosas, progredindo o objecto millimetricamente, intercalando-se, entre as tracções, pausas regulares, dando-se, afinal, a insinuação, após tracções sobre um e outro dos ramos. Nivelamento das colheres. As tracções, então, foram feitas como nos forceps cruzados de articulação fixa. Rotação na parte ampla da escavação, evitando-se rodar a cabeça simultaneamente com as tracções.

Extracção demorada, lenta, nascendo um feto gigantesco, simplesmente enorme, em morte apparente, facilmente reanimado. Por não dispormos, no momento, do instrumental necessario, pois estavamos a 32 kilometros da cidade, não fôra feita a fetometria.

Ruptura perineal do 2.º gráo; ausencia de lesões cervicaes e vaginaes. Pituitrina e ergotina garantiram uma hemostasia perfeita, após expulsão da placenta pelo Credé. Logo depois a paciente foi presa de outra syncope, desta vez fulminante. Oleo camphorado, esparteina, digaleno, adrenalina, cafeina. Café quente e caldo de carne engrossado com arroz, pois a doente não tomava nada ha 3 dias, conforme informação do marido.

Ficamos lá por espaço de mais 2 horas. Fizemos novo exame do utero que se encontrava fortemente contrahido. Pulso lamentavel-

([12]) A clinica sertaneja tem dessas imposições.

mente irregular. A' ausculta do coração revelou ruido de galope e bulhas abafadas. Demos mais uma injecção de oleo com esparteina e sahimos.

Por informação do marido, alimentara-se, mostrando-se satisfeita, e logo após dormia, o que não fazia ha muito. Mais ou menos umas 3 horaas depois de nossa sahida, ouviram um grito, nova crise syncopal, desta vez mortal. Este insuccesso só póde ser imputado á falencia cardiaca, pois com utero bem contrahido e ausencia de hemorrhagia, só mesmo o coração, que já havia dado mostras de fadiga e de grande insufficiencia, poderia dar occasião a esse desenlace.

O Kielland operou, brilhantemente, mostrando-se á altura das circumstancias, resolvendo um caso além das suas indicações racionaes e dando vida a um feto, simplesmente, gigantesco, e que, se pesado fosse, transporia, talvez, os 5 kilogrammas.

VII Obs.: M. J .F., examinada aos 26/4/1930, mulher de 37 annos, branca, casada, brasileira, grande multipara, 12.ª gestação, das quaes 10 a termo, dando origem a 11 filhos, (1.ª prenhez gemellar) e um aborto embryonario. Todos os partos anteriores foram expontaneos. Não sabe informar sobre a data da ultima menstruação.

Fundo do utero a 5 dedos acima da cicatriz umbillical, ventre em obuz, apresentação cephalica, dorso á direita, pequenas partes á esquerda. Fóco maximo no Q. I. D. Vulva edemaciada, pequenos e grandes labios profundamente infiltrados. Este edema peri-vulvar era a prova de que o periodo expulsivo datava de ha muito tempo já.

Pelo toque, eu e o Dr. Jorge Meirelles da Rocha, que era o medico assistente, verificamos dilatação completa, cabeça á altura do 2.º plano de Hodge, em asynclitismo anterior, ligeiro, T. D., com grande bossa sero-sanguinea á direita. A inercia uterina era completa. Desde a nossa chegada antevimol-a, pois a parturiente, conversando calmamente, sem uma dôr siquer, mostrava, á distancia, que o trabalho paralysara. O ventre em obuz, essencialmente proeminente, esplicava a razão de ser daquelle utero que se exgottara, inutilmente, pois a desorientação axial da força era evidente. Se o nosso exame houvesse sido feito quando do motor potente, uma faixa eutocica seria o sufficiente para resolver o problema, mas, no momento em que a parturiente foi por nós manipulada, a energia uterina era entidade nulla.

Pelas informações da paciente o bolso dagua se rompera ás 4 horas da manhã de 24/4/1930.

Cansaço materno evidente, apesar de estado geral bom. A propria doente reclamava uma intervenção depleciva, pois ha 3 dias que não dormia. Resolvida, foi immediatamente praticada.

Indicação: Parada do trabalho, por inercia secundaria e soffrimento materno.

Intervenção: Mulher em posição obstetrica, á beira do leito, asepsia vulvo-vaginal com tintura de iodo e lysol. Catheterismo urethral, com sonda metallica.

Auxiliado pelo Dr. Jorge e sem anesthesia iniciamos a applicação do K. Introducção da colher anterior. A primeira tentativa de reversão da colher foi impedida por certa contracção uterina, naturalmente despertada pelas manipulações cavitarias e reforçadas por contracção abdominal voluntaria, resistencia impeditiva áquella manobra, a menos que seja empregada a violencia, factor este que, felizmente, nunca entrou no rol dos nossos recursos profissionaes. Passada essa momentanea resistencia cavitaria, a reversão, como nos casos anteriores, foi sem difficuldade.

O relaxamento uterino, a anesthesia, portanto, é condicção primordial á bôa applicação do K. Mas a clinica sertaneja, muitas vezes, tem que se amoldar aos preconceitos individuaes de cada cliente.

A colher posterior, pela primeira vez, encontrou maior resistencia á sua introducção e collocação, tendo-se em vista que se tratava de asynclitismo anterior. Uma vez articulados os ramos, as tracções e a rotação foram feitas vagarosamente, paulatinamente, **piano a piano,** á Victor Godinho, até que o desprendimento feito, manualmente, como de habito, deu nascimento a um feto do sexo masculino, vivo, sem lesões, bem desenvolvido. Ruptura perineal do 1.º gráo, não suturada, dado á infiltração edematosa das partes molles. Ausencia completa de rupturas cervicaes. Extracção placentaria pelo Credé.

Pelvimetria:
B E = 23,5
B C = 27,5
S P E = 18

Fetometria:
B P = 10
B T = 8,5
O F = 12
O M = 13,5
B A = 11

Circumferencia cephalica	36,5
Comprimento	51
Peso	3,800 ks.

Puerperio normal, apyretico. Alta 9 dias após o parto.

VIII Obs.: V. R., 25 annos de edade, branca, casada, italiana, multipara, assistida pelo Dr. Francisco Genovez que solicitou o nosso auxilio para a solução do caso.

Primeiro filho de parto espontaneo, se bem que demorado, vivo. Segundo filho a forceps, morto. Terceiro, prematuro, de 8 mezes, nati-morto. Tratava-se, portanto, de 4.ª gestação.

A paciente estava em trabalho de parto ha bastante tempo já. O pulso batia 120 vezes por minuto e o thermometro accusava 36,8º. Estado geral pessimo. Fundo do utero nas proximidades do concavo epigastrico, situação longitudinal e apresentação cephalica. Ausculta negativa. Inercia uterina completa. Pelo toque: collo completamente dilatado, bolso de aguas roto, cabeça fortemente flexionada e fortemente fixada no estreito superior, T. D., em pronunciado asynclitismo posterior, parietaes acavalgados, ossos completamente desarticulados.

Pelvimetria:
B C = 24
B E = 21
S P E = 16
B I — 9 + 2 = 11
C D = 9,5

Calculo da C V = 8.

Diagnostico: Bacia chata, feto morto e cabeça fixa no estreito superior, em asynclitismo posterior e fortemente flexionada.

Resolvemos intervir em beneficio materno.

Intervenção: Mulher em posição obstetrica, asepsia vulvo-vaginal, catheterismo urethro-vesical, ausencia de anesthesia que o proprio estado materno contra-indicava.

Tratando-se de feto morto era o caso de fazermos uma embryotomia, mas por motivos que independeram de nossa vontade, não podemos contar com um embryotomo. Appellamos, então, para o forceps

de K., unico que consegue a pegada regular de Pinard numa cabeça alta, transversa.

Introducção facil da colher anterior e reversão sem obstaculos. Collocada a colher posterior e articulado o forceps, fortemente, pois o feto era entidade nulla, as tracções foram feitas, preponderantemente sobre o ramo anterior, dando em resultado a insinuação da cabeça. Rotação da cabeça e ultimação do parto pelo gancho de Braun, no intuito de evitar inuteis traumatismos maternos. Escoamento da massa encephalica, desprendimento do polo fetal, seguido da extracção do corpo e membros inferiores. Extracção manual da placenta. Injecções de pituitrina e ergotina. Globo de segurança. Feto a termo, bem desenvolvido, já em começo de maceração. Deixou de ser feita a fetometria dado á deformação da cabeça. Ausencia de lesões maternas. Alta curada.

Resumo das observações:

Numero de applicações	8
Morbilidade materna (rupturas perineaes) em . .	3 casos
Mortalidade materna de origem obstetrica . . .	0 »
Mortalidade materna de outras origens	2 »
Mortalidade fetal	1 »
Morbilidade fetal	0 »

Os dois obitos maternos foram resultantes: o primeiro, de gangrena do collo uterino, devido a prolapso e attricto do mesmo collo contra um leito, sob todos os pontos, suspeito, ulcerando-o e predispondo-o á gangrena fatal; o segundo, de um collapso cardiaco, proveniente de uma insufficiencia aguda do myocardio.

***

O forceps de K. tem sido increpado de ser um poderoso aprehensor, o qual é uma realidade inconteste. Para evitar ou annullar, em parte, tal inconveniente, usamos, quasi sempre, senão sempre, collocar uma gase simples ou dobrada, entre os cabos, no intuito de impedir grande approximação entre as colheres, o que diminue, sobremodo, o poder compressivo do instrumento. Esta conducta, de grande alcance quanto á protecção da vida fetal, em nada compromette as tracções isoladas sobre um ou outro dos ramos, nem é impeditiva da bôa articulação.

Não podendo contar, no mais das vezes, com um auxiliar, intervenções, todas ellas, passadas em plena roça — eis a justificativa de terem sido as mesmas feitas sem o concurso humanitario e scientifico, mas algumas vezes, perigoso, da anesthesia. D'ahi á nossa pratica de proceder as operações com uma injecção de Lucina A. ou de Pantopon para a obtenção do relaxamento uterino necessario á facilidade da manobra de colher anterior.

Outrosim, a narcose não têm sido utilisada, domiciliariamente, não só pela falta, momentanea, de um anesthesista, como, é, sobretudo, em attenção á nossa propria vida, vida dos medicos,

Certa vez, na Fazenda S. José, anesthesiavamos uma parturiente emquanto o Dr. Jorge praticava uma versão, coroada de completo exito. Quando a paciente, anesthesiada, cahira em completa resolução muscular e não correspondia mais ás solicitações externas, eis que o sogro della, sorrateiramente, deixa o local, e, poucos minutos depois, munido de um respeitavel trabuco, entra, resolutamente, pela porta a dentro, com intuitos mais do que criminosos. Não fôra o administrador da Fazenda, que se atracara com o meliante á entrada do quarto em que operavamos, e, talvez, teriamos sido liquidados, de surpreza, pelo simples facto de termos ministrado, correctamente e sem o menor accidente, a narcose, a uma pretinha, sua nora.

E nós, que estavamos prestando uma caridade, sem recompensa material alguma, por pouco que não herdámos uns tiros em paga pelo muito que faziamos... Desde então, nunca mais nos apartamos do Smith, sempre á cinta, quando temos de partejar tal gente.

Só quem já tenha clinicado no interior, em zonas em formação como a Noroeste, estimará os precalços, os contratempos, as difficuldades, os obices, as ameaças, a ingratidão inenarravel da clinica sertaneja. Por ahi os nossos collegas das capitaes e das grandes cidades reconhecerão o quanto nos custaram as observações acima e avaliarão, só por isso, o valor que ellas merecem ter.

BIBLIOGRAPHIA

Bar, Brindeau et Chambrelent — 1926 — La pratique de l'Art des Accouchements.

Barbaro, Greenhill, Gaifani, Muret — Gynécologie et Obstétrique (varios numeros).

Fernando Magalhães — 1922 — Licções de Clinica Obstetrica, 2.ª edição.

Fernando Magalhães — 1928 — Forceps. Seu uso e seus prestimos. Clinica Obstetrica.

Fernando Magalhães — 1929 — O forceps, sua pratica. Clinica Obstetrica.

Fernando Magalhães — 1929 — O forceps. Aperfeiçoamentos e defeitos. Clinica Obstetrica.

Jorge Sant'Anna — 1924 — O forceps de Kielland. Revista de Gynecologia e Obstetricia.

Matteo Carreras — 1926 — El forceps. Sus maniobras atipicas y sus modelos más recientes y notables.

Octavio Rodrigues Lima — 1928 — O forceps de Kielland. Revista de Gynecologia e Obstetricia.

Octavio Rodrigues Lima — 1926 — Do asynclitismo. These para livre docencia de clinica obstetrica.

ANNO XXIV — OUTUBRO — 1930 — NUM. 10

REVISTA
DE
GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Director-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA
Gerente: BRENO DE MATTOS

TODA A CORRESPONDENCIA DA REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DEVE SER ENVIADA AO DIRECTOR
EXPEDIENTE DAS 5 ÁS 6 HORAS DA TARDE

ASSIGNATURA ANNUAL

BRASIL — Porte simples .. .. .. 25$000
" Registrada .. .. .. 30$000
" para Estudantes .. .. 20$000

EXTERIOR — Porte simples .. .. 30$000
" Registrada .. .. 40$000

Numero avulso: 3$000

Nota — Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assignantes communicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicata.

SUMMARIO

Mola hydatiforme ; considerações praticas em torno de seu diagnostico, prognostico e tratamento. — DR. AFFONSO H. FURTADO 407

Tres casos de dystocia fetal — DR. JOÃO PERES . . . 421

A syphilis nos serviços de hygiene pre-natal (trabalho apresentado á Soc. de Med. e Cir. de Nictheroy)— DR. AURELIANO BARCELLOS 426

Peritonites gonococcicas generalizadas — DR. MORENO FILHO . 429

Revista de Trabalhos Allemães — Dr. JORGE SANT'ANNA . . 431

NOTICIAS

Heinrich von Peham † 437

BIBLIOGRAPHIA

Acta Med. Latina — Fasc. 15, 1930 438
Amer. Journal of Obstetrics and Gynecology — Vol. 19, n. 2, 1930. 438
Amer. Journal of Obstetrics and Gynecology — Vol. 19, n. 6, 1930. 439
Annali di ostetricia e ginecologia — Anno 52, n. 4 . . . 440
Anales del Hospital de la Sta. Cruz y S. Pablo — n. 19, 5-1-1930 . 440

Resumo da Clinica Obstetrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro — DR. OCTACILIO ROLINDO 441

Petite Revue 442

RESUMO DO REGISTO DA CLINICA OBSTETRICA

DA

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

A CARGO DO

Prof. Fernando Magalhães

MEZES DE MAIO, JUNHO, JULHO E AGOSTO DE 1930

Partos naturaes	269
Abortos	6
Forceps	26
Versão	1
Embryotomias	3
Cesarianas (segmentar)	4
Hysterectomia sub-total	4
Fallecimentos	3
Infectadas	41

Movimento do Ambulatorio:

Gestantes que se matricularam	419

Movimento do Laboratorio:

Urina	Qualitativos	59
	Quantitativos	3
	Microscopicos	8
Exudato vaginal	Pesquisa de treponema	1
	„ do bac. de Ducrey	1
Exame de escarro:	Bacillo de Koch	1

DR. OCTACILIO ROLINDO.

ANNO XXIV — NOVEMBRO — 1930 — NUM. 11

REVISTA
DE
GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Director-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA
Gerente: BRENO DE MATTOS

TODA A CORRESPONDENCIA DA REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DEVE SER ENVIADA AO DIRECTOR
EXPEDIENTE DAS 5 ÁS 6 HORAS DA TARDE

ASSIGNATURA ANNUAL

BRASIL — Porte simples .. .. .. 25$000
" Registrada .. .. .. 30$000
" para Estudantes .. .. 20$000

EXTERIOR — Porte simples .. .. 30$000
" Registrada .. .. 40$000

Numero avulso: 3$000

Nota — Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assignantes communicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicata.

SUMMARIO

Um caso de kysto retro-peritoneal pararenal — DR. A. AGUINAGA 443

Fibroma prævia — Ruptura uterina — DR. PEDRO SÀ . . 451

Revista de Trabalhos Allemães — Dr. JORGE SANT'ANNA . . 455

ANALYSES

Diagnose e diagnose differencial das doenças da mulher, por Walther Benthin — DR. JORGE SANT'ANNA . . . 461

BIBLIOGRAPHIA

La Gynecologie — Agosto de 193 462
Amer. Journal of Obstetrics and Gynecology — Vol. 19, n. 6, 1930. 463
Revista de Medicina — No. 44, Agosto de 1930 . . 463
Rev. de la Associacion Medica Argentina — Julho-Agosto, 1930 . 463
Gynecologie et Obstetr. — Vol. XXI, Junho, 1930 . . . 464
Rev. Española de Obst y Ginec. — Out., Nov. e Dez. de 1929, in "La Gynecologie"— Agosto de 1930 465
Rev. Española de Obst. y Ginec. — Out., Nov. e Dez. de 1929, in "La Gynecologie"— Agosto de 1930 465

Petite Revue 466

ANNO XXIV — DEZEMBRO — 1930 — NUM. 12

REVISTA
DE
GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Director-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA
Gerente: BRENO DE MATTOS

TODA A CORRESPONDENCIA DA REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DEVE SER ENVIADA AO DIRECTOR
EXPEDIENTE DAS 5 ÁS 6 HORAS DA TARDE

ASSIGNATURA ANNUAL

BRASIL — Porte simples .. .. .. 25$000
" Registrada .. .. .. 30$000
" para Estudantes .. .. 20$000

EXTERIOR — Porte simples .. .. 30$000
" Registrada .. .. 40$000

Numero avulso: 3$000

Nota — Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, roga-se aos Srs. Assignantes communicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicata.

SUMMARIO

Tratamento da mola infectada — DR. FAUSTO CARDOSO . . 467

Considerações sobre o sopro uterino e o diagnostico do descollamento da placenta — Doutorando OCTAVIO T. FERREIRA . 474

Revista de Trabalhos Allemães — Dr. JORGE SANT'ANNA . . 483

ANALYSES

Tratado de Gynecologia operatoria, por H. v. Peham e J. Amreich. 490

Tratado de Gynecologia de Veit-Stœkel. — Vol. V. — Tomo II. — redigido por Ludwig Nurnberg — DR. JORGE SANT'ANNA . 491

BIBLIOGRAPHIA

Clinica y Laboratorio — Valencia, Março de 1929 . . . 492
Archives d'Ophtalmologie — Setembro de 1928 . . . 492
Le Bulletin Médical — No. 9, 1930 493
Le Bulletin Médical — No. 9, 1930 493
Lyon Médical — No. 20, Maio de 1929 494
La Prensa Medica Argentina — No. 16, Novembro de 1930. . 494
Zbl. für Gyn. — No. 16. Abril de 1929 495
Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst. — Vol. 25, pag. 156, 1930 . . 495

NOTAS THERAPEUTICAS

A Omnadina num caso de febre puerperal 496
Lembretes gynecologicos 497

Petite Revue 498

ANNO XXIV — JANEIRO DE 1930 — NUM. 1

REVISTA
DE
GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Gerente: BRENO DE MATTOS

TODA A CORRESPONDENCIA DA REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DEVE SER ENVIADA AO DIRECTOR

EXPEDIENTE DAS 5 ÁS 6 HORAS DA TARDE

ASSIGNATURA ANNUAL

BRASIL — Porte simples . .	*25$000*	EXTERIOR — Porte simples . .	*30$000*
,, Registrada . . .	*30$000*	,, Registrada. . .	*40$000*
,, Para Estudantes . .	*20$000*		

Numero Avulso: *3$000*

NOTA. — Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, rogamos aos Srs. Assignantes communicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicata.

U. F. R. J. MATERNIDADE ESCOLA BIBLIOTECA

SUMMARIO

Anno XXIV. 1
Therapeutica da prenhez ectopica e seus fundamentos no diagnostico differencial — DR. MAURITY SANTOS . . . 2
Mola Vesicular — pelo Dr. Jorge Sant'Anna . . . 41

BIBLIOGRAPHIA

Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris — Fevereiro de 1928 . . . 59
Soc. d'Obst. et Gyn. de Bordeaux — Dezembro de 1926 . . 59
Gyn. et Obst. — Fevereiro de 1928 59
Soc. de Gyn. et d'Obst. de Toulouse — Fevereiro de 1928 . . 60
Soc. de Gyn. et d'Obst. de Strasbourg — Junho de 1928 . . 60
Rev. Med. del Rosario — Julho de 1929 61
Rev. de la Socledad Argentina de Biologia — Julho e Agosto, 1929 61

NOTAS THERAPEUTICAS

Contribuição ao tratamento das complicações de origem gonococcica 62

NOTICIAS

Um film scientifico 62

Resumo do Registo da Clinica Obstetrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (Nov. — Dez.) — OCTACILIO ROLINDO . 63

Petite Revue 64

HÄMATOPAN
COM ARSENICO — 888
CONTRA ANEMIA E CHLOROSE

RESUMO DO REGISTO DA CLINICA OBSTETRICA

DA

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

A CARGO DO

Prof. Fernando Magalhães

MEZES DE NOVEMBRO E DEZEMBRO DE 1929

Partos naturaes	126
Abortos anulares	2
Abortos fetaes	3
Forceps	7
Versões	2
Cesarianas (methodo do Prof. Fernando Magalhães)	2
Infectadas	12
Falleceu	1

Movimento do Ambulatorio:

Gestantes novas		204

Movimento do Laboratorio:

Urina	Quantitativos	4
	Qualitativos	39
	Microscopicos	8
Sangue	Pesq. de hematosoario de Laveran	2
	Cultura microbiana	1
	Dosagem de uréa	1
Secr. vaginal	Bacterioscopico	14
	Cultura microbiana	1

DR. OCTACILIO ROLINDO.

A EQUITATIVA

DOS

ESTADOS UNIDOS DO BRASIL

SOCIEDADE DE SEGUROS DE VIDA

FUNDADA EM 1896

Activo dos ultimos quatro annos

1926 — 45.928:586$907 ✳ **1928 — 57.347:509$833**

1927 — 51.705:733$166 ✳ **1929 — 63.681:616$938**

As mais vantajosas condições para um seguro de vida.

Sorteios trimestraes em dinheiro

Séde provisoria: RUA NOVA DO OUVIDOR, 27

ANNO XXIV — FEVEREIRO DE 1930 — NUM. 2

REVISTA
DE
GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Gerente: BRENO DE MATTOS

TODA A CORRESPONDENCIA DA REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DEVE SER ENVIADA AO DIRECTOR

EXPEDIENTE DAS 5 ÁS 6 HORAS DA TARDE

ASSIGNATURA ANNUAL

BRASIL — Porte simples . . .	*25$000*	EXTERIOR — Porte simples . .	*30$000*
,, Registrada . . .	*30$000*	,, Registrada. . .	*40$000*
,, Para Estudantes . .	*20$000*		

Numero Avulso: *3$000*

NOTA. — Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, rogamos aos Srs. Assignantes communicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicata.

SUMMARIO

O forceps Demelin — Dr. OCTAVIO RODRIGUES LIMA . . 65
Technica cirurgica para a cura da recidiva do prolapso uterino após a intervenção de "Schauta-Wertheim"— Dr. M. M. FABIÃO . 79
A versão por manobras externas — Dr. CLYTO LEMOS DE AZEVEDO 83

Revista de Trabalhos Allemães — Dr. JORGE SANT'ANNA . . 88

BIBLIOGRAPHIA

Rev. Med. del Rosario — Nos. 6 e 7, Junho e Julho, 1929 . . 93
Rev. de Especialidades (publ. de la A. M. Argentina)—No. 4, 1929 . 94
Rev. Med. Latino-Americana — No. 168, Setembro, 1929 . . 95

NOTAS THERAPEUTICAS

Injecção intra-cardiaca de Coramina num recemnascido em estado de morte apparente (forma syncopal) — Dr. VAREILLES . . 97
A nova therapeutica da blennorrhéa 99
A Insulina nos estados comsumptivos 99

Petite Revue 100

ANNO XXIV Rio de Janeiro, Fevereiro de 1930 Nº 2

REVISTA
DE
GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA
PUBLICAÇÃO MENSAL

O forceps Demelin (*)

(Experiencia pessoal)

PELO
DR. OCTAVIO RODRIGUES LIMA
Livre Docente e Assistente da Clinica Obstetrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

Não venho aqui descrever o forceps de Demelin 8, de sobejo conhecido, mas não tão diffundido seu uso.

Tem este trabalho a pretensão de, expondo o que com esse modelo de forceps se obtem, banir, ou pelo menos evidenciar o quanto é defeituosa a pratica do forceps de Tarnier.

Embora já ha alguns annos se venham avolumando as condemnações ao Tarnier, elle é ainda demasiado empregado, para infelicidade de muitas parturientes, para prejuizo immediato e futuro de muitos fetos, para erro e fadiga de muito profissional. O seu emprego, corrente ainda no nosso meio, deve ser definitivamente abolido. De ha muito que só vejo o forceps de Tarnier no lugar que lhe está para sempre reservado, como representante que é de uma bôa intenção mal succedida: no museu obstetrico, nas prateleiras de seus armarios.

Marca elle uma época na especialidade, mas uma época definitivamente sepultada entre as muitas tentativas para a obtenção do forceps ideal, pedra philosophal da obstetricia, desde a divulgação do instrumento de Chamberlen. E', porém, o Tarnier, um dos muitos forceps fallidos; o seu pequeno activo de successos não poderá fazer face ao passivo enorme de fracassos, de graves lesões maternas, de mortes fetaes e de tudo o mais que a um forceps se tem imputado como maleficio.

Repito o que escrevi alhures: «A nossa observação quanto ao forceps de Tarnier, typo de forceps de tracção axial, na

(*) Trabalho apresentado ao X Congresso Medico Brasileiro.

epoca em que nos iniciamos na especialidade, convenceu-nos da excellencia do instrumento, não como forceps, mas como cephalotribo. Optimo para produzir pelo esmagamento do craneo, pelo traumatismo fetal, a terminação do parto, altamente contundente para a mulher, excepcionalmente salvador da vida fetal e extenuante para o profissional».

Tenho o habito de comparar o parteiro que applica força physica e violenta na pratica de qualquer manobra extractiva obstetrica, a um outro animal de tracção tambem desprovido do raciocinio humano. Mas cumpre não cahir no erro da «maior conquista do homem», não fazer como o pegaso sem azas, que redobra de violencia deante de uma resistencia. A tactica do muar, e a elle já fomos, os parteiros, comparados, é bem melhor: quando o obstaculo se apresenta, empaca e não prosegue. Não devemos nunca continuar a intervenção extractiva quando se faça mistér a utilisação de força athletica. Deante da resistencia maior andará bem aquelle que procurar ver qual o erro que origina. Porque sempre haverá um erro, seja da applicação do instrumento, seja do diagnostico, seja da direcção de tracção. E, sempre tambem, será ainda tempo de recuar, reconhecendo-o e corrigindo-o.

Na questão do forceps esta noção é, ao meu ver, da maxima utilidade pratica. Um exemplo, dentre outros, apresenta a seguinte observação do archivo da clinica obstetrica da Faculdade:

Papeleta 25.786 — Maternidade das Laranjeiras.

M. C., branca, 21 annos, casada, domestica, syria, residente á rua Buenos Aires, nesta Capital.

Primeiro parto evolveu normalmente até o termo e o feto nasceu morto, apoz 48 horas de trabalho; o segundo tambem evolveu normalmente até o termo, nascendo um feto vivo, em bôas condições, apoz 6 horas de trabalho.

Começou a sentir as primeiras dôres ás 23 horas de 18-8-1928. A's 8 horas do dia seguinte as dôres se tornaram mais intensas, tendo sido então assistida por uma parteira, que ás 12 horas fez a ruptura artificial da bolsa d'aguas. Como o trabalho não progredisse, chamou a Assistencia Publica que a removeu para esta Maternidade.

Bem constituida, ventre volumoso, paredes tensas, utero ovoide, de consistencia dura e doloroso. Foco maximo de escuta no quadrante inferior esquerdo, propagando-se para a linha mediana. Apresentação cephalica, dorso parecendo á esquerda. Pelvimetria: BE — 21, BC — 25, SPE — 20, losango de Michaelis d. l. 13, d. t. 9.

Entrou na Maternidade ás 20,25 minutos de 19-8-1928. o toque nesse momento informa: collo dilatado para tres dedos, fino, porém com edema na sua metade direita. Apresentação cephalica, fixa, porém não insinuada, deixando perceber bossa sero-sanguinea de regulares dimensões, motivo pelo qual não attingimos fontanellas nem suturas. Utero doloroso, de consistencia mais ou menos firme. Foi dada uma injecção de Lucina A. A pelvigraphia deixou-nos uma impressão de bacia muito angustiada, attingindo-se com facilidade o acetabulo e

as espinhas sciaticas. Temperatura materna 36,9; pulso 96; batimentos cardiacos fetaes 140. Como ás 8 horas do dia 20-8-1928, a cabeça ainda se conservasse alta, não insinuada, o feto com 128 batimentos, cardiacos, apenas, e a parturiente muito excitada, o chefe de clinica, Dr. Oliveira Motta e o assistente, Dr. Octavio Rodrigues Lima, resolveram intervir.

Indicação: Vicio pelvico, soffrimento fetal e materno. Narcose; ether, sem accidentes. O assistente Dr. Octavio Rodrigues Lima, tenta antes applicar o forceps de Demelin sob racheanesthesia, mas estando a cabeça acima da área do estreito superior e verificando um espasmo annular, ao nivel do pescoço do feto, resolve pedir a intervenção do Dr. Oliveira Motta. Este verifica exacta a informação, mas tenta ainda applicar o forceps de Demelin, o que consegue, embora não havendo progressão pelas tracções convenientemente feitas. Como vivesse o féto e dada a dystocia annular, que parecia maior responsavel, determina a solução pela cesareana, praticada pelo Dr. Octavio Rodrigues Lima. Tracções fortes foram executadas nos laços do forceps, como se demonstra nas faixas traumaticas verificadas nas regiões parietaes do feto. Este tinha 52 cm. de comprimento, 3.700 grs. de peso, 10,25 de BP e 9 de BT, nasceu em estado de morte apparente, sendo reanimado pela manobra de Sylvester e injecção de lobelina (3 milligrs). A paciente sempre passou muito bem e a creança no 17º dia pesava 3.800 grammas, e não mais possuia senão vestigios das impressões deixadas pelo forceps.

Comprehende-se bem, pela leitura da observação acima, que a insistencia na intervenção inadequada poderia ter acarretado as peiores consequencias. Com o forceps de Tarnier ellas teriam certamente occorrido.

Esta observação, de insuccesso do instrumento, demonstra bem ser elle, como diz Fernando de Magalhães, «um forceps conductor, os outros sendo tractores. Elle é o utensilio da intelligencia, os outros a ferramenta do vigor. Com os tractores, o forte acabará arrancando da pelve, de qualquer forma, o feto preso; com o conductor, só o consciente levará o objecto nos melhores caminhos e do melhor modo. Puxar é serviço de irracional, conduzir é funcção de raciocinio. Assim o forceps de Demelin auxilia o habil e inutilisa o ignorante; o forceps cruzado embaraça o dextro e dá atrevimento ao desageitado».

Mas, para poder conduzir, é preciso que sejam sabidos o mechanismo do parto espontaneo e todos os recursos da acommodação.

Sou francamente contrario á escola passiva nas applicações do forceps, isto é, a tracção no sentido do eixo pelvico e a cabeça que execute, levada de encontro ás resistencias do trajecto, os movimentos necessarios de accommodação. Esse é o systema do forceps de Tarnier, em que os cabos são candidamente chamados «agulhas indicadoras» e o parteiro limitado ao papel de tractor. Se tal systema fosse verdadeiro, nada mais perfeito para o parteiro que um pequeno motor portatil, com polias e roldanas, poupando o esforço physico do pro-

fissional. No emtanto cahiram, por absurdos, os «aide-forceps», nascidos da inventiva de Joulin, Delore, Roussel, Hamon, Poulet, Pros e já é longa a lista de autores para tamanho contra-senso.

A technica do forceps só posso admittil-a activa, isto é, com o instrumento considerado como um conductor, guiado, não pela força, mas pelo raciocinio do obstetra, conhecedor perfeito dos recursos da accomodação, das minucias do mecanismo do parto, do transito do movel e das resistencias do trajecto. Repetindo Magalhães: «O bom parteiro é quem dirige o forceps, mas na pratica não são raros os casos em que o forceps guia o profissional, cuja inferioridade indesejavel o instrumento de Tarnier denuncia com a sua supposta vantagem de ensinar o parteiro com os movimentos da agulha indicadora».

Para conduzir, porém, é necessario o emprego de um instrumento capaz de permittir, sem traumatismo, a movimentação franca do polo apprehendido. Para tanto o forceps symetrico, fixo, pinça, não se presta. E' necessario o forceps alavanca-dupla, asymetrico, com liberdade de movimentação isolada de cada um de seus ramos. Dois modelos preenchem taes requisitos: o Kielland e o Demelin 8. Sobre este ultimo já disse: «Um inconveniente apenas encontrámos no forceps de Demelin: a impossibilidade de obter nas posições transversas da cabeça a pegada bi-parietal. O exagero da espiral de La Chapelle e a largura das colheres deste typo, trazem o deslocamento do polo, a mobilidade cephalica, contra-indicadora do uso do forceps e destruidora de accomodação já processada. Não obtida dest'arte a pegada rigorosamente bi-parietal, a tracção asynclitica pelos laços é de muito prejudicada». Escrevi isso em 1926 e conclui desde então pela unica applicação do Kielland: as posições transversas altas da cabeça. Condição em que o forceps encontra indicações excepcionaes e sómente em mão de especialistas e a titulo de tentativa, visto com as O. I. T. no estreito superior evidenciam vicio pelvico, achatamento da bacia e a via abdominal é ainda a mais segura.

No estreito superior, cabeça em posição obliqua, a pegada bi-parietal é imprescindivel para o successo de uma applicação de Demelin; não sendo obtida essa pegada, o forceps derrapará, hypothese melhor, ou nada conseguirá, contundindo. Da optima these do Dr. Laurino Vasconcellos Jor., do anno passado, destaco duas observações das Laranjeiras, que parecem dar-me razão:

Papeleta 20.246. — Maternidade das Laranjeiras.

D. S. G., branca, 35 annos, casada, brasileira, residente á rua Silva Rego, nesta Capital.

Primigesta e primipara, internada em 10-6-1924. — Pelvimetria BE — 23, BC — 26, SPE — 20,5, CD — 11. Sente-se bem a face anterior do sacrum, espinha sciatica do lado direito, saliente; perce-

be-se todo o rebordo da linha inominada desse lado. Apparecimento das primeiras dôres ás 9,30 de 5-6-1924. Ruptura espontanea da bolsa d'aguas com emissão de liquido escuro, no dia 7-6-1924.

No dia 10-6-1924 foi examinada por uma parteira que lhe aconselhou lavagens antisepticas vaginaes. Internada nesse mesmo dia, apresentava o ventre volumoso, paredes flacidas, utero ovoide e longitudinal. Foco maximo no Q. I. D. Apresentação cephalica, flexionada, dorso á direita. Na occasião do exame, escoava-se pela vagina, meconio com cheiro fétido. A's 20,30 minutos do dia da internação, a temperatura materna era 37,6 e o pulso com 120 batimentos; feto com 168 batimentos cardiacos. A's 22 horas o toque bi-digital informa: orificio externo adaptado ao polo cephalico e dilatado para 4 dedos, não dilatavel, nem se consegue fazel-o refluir para traz da cabeça que estava alta, em DT, com asynclitismo do parietal posterior. A dystocia pelvica accresce tambem dystocia cervical (O. de Souza).

A's 23 horas o prof. Magalhães examina, affirmando haver dystocia cervical, principalmente, dizendo ser possivel o parto transpalviano, pelo forceps de Demelin. Houve nessa occasião successivos exames do coração fetal, para julgar do estado do soffrimento. Em seguida, por indicação do professor que deixou a clinica, intervim a principio dilatando o collo, ou melhor, fazendo uma incisão no labio posterior, o qual está menos dilatado e depois applicamos o forceps de Demelin(O. de Souza).
Após 120 horas de trabalho foi feita a applicação do forceps de Demelin e basiotripsia pelo Dr. Octavio de Souza.

Indicação: Vicio pelvico relativo e dystocia cervical.

Narcose: Ether, 50 grs., tendo havido vomitos. Cuidados de asepsia e antisepsia habituaes. Põe-se em evidencia o collo dilatado para palma de mão, pinça-se o labio posterior e faz-se á thesoura uma incisão de dois centimetros. Toca-se manualmente e percebe-se bem o polo cephalico em DT., bem acima da área do estreito superior, ou antes, tendo-se deslocado pela mão que toca. Nesse instante, continuando o toque mais profundamente, chega-se a ver que o segmento inferior está bem adaptado sobre o polo cephalico e o pescoço do feto; a mão mal póde caminhar entre as paredes do utero e o feto. Retira-se a mão e toma-se o instrumento de Demelin, a principio a colher direita e depois a colher esquerda, conduzidas, respectivamente, pelas mãos guias oppostas. A pegada feita foi fronto-mastoidéa, firme e perfeita. Não houve o menor deslocamento durante cerca de trinta minutos, em que foram feitas tracções fortes, rigorosas, repetidas pelo operador e seu auxiliar. O polo cephalico pouco se deslocava, apenas o parietal anterior pareceu descer um pouco, ficando ainda alto o posterior. Procedida a escuta do coração fetal, verificou-se a ausencia completa de batimentos. Retirado o forceps de Demelin, foi executada a basiotripsia, que correu normalmente. Dilaceração do collo no ponto incisado, ruptura da parede posterior da vagina e pequena laceração da furcula e dos musculos superficiaes.

Foi feita a drenagem prophylactica com dreno Mouchotte 21, que foi retirado no segundo dia.

Puerperio: No terceiro dia a temperatura ascendeu a 38º e o pulso que batia cerca de 120 vezes, baixou a 98; nos 10 dias subsequentes a temperatura oscillou nas immediações de 37,5 e o pulso perto de 110, baixando depois a 82 e a temperatura a 36,8. A cicatrização dos lugares suturados não foi per primam.

O feto pesou 2.800 grs. Alta em bôas condições.

Papeleta 21.633. — Maternidade das Laranjeiras.

G. A., preta, 20 annos, casada, brasileira, residente em Nictheroy, Largo da Engenhoca. II gesta e I para. a primeira gestação foi interrompida por um aborto ovular. Pelvimetria: BE. 21, BC. 24, SPE. 18, CD. 10, CV. 8,5. Promontorio attingivel; corre-se toda a curvatura sacra, linha inominada accessivel e regular, pouco salientes as espinhas sciaticas, tensão ligamentar sacro-sciatica. Internada em 29-5-1925, dia em que sentio as primeiras dôres. Ruptura prematura da bolsa d'aguas (rompeu ao se iniciarem as dôres). Quatorze horas depois do inicio do trabalho, a temperatura materna era 37,1 e o pulso com 100 batimentos; feto com 148 batimentos cardiacos. O toque revela dilatação para tres dedos, contracções espaçadas, cabeça movel, synclitica e orientada em O. I. E. A. Vinte e duas e meia horas depois do inicio do trabalho, a temperatura materna ascendeu a 38,6 e o pulso a 138 batimentos; feto com 132 batimentos arythmicos.

O toque informa: collo dilatado para palma de mão, cabeça amoldada, parietaes cavalgados, na altura do 2.º plano paralello de Hodge, ligeira bossa sero-sanguinea; passam dois dedos entre a cabeça e o plano coccyco-perineal; na parte anterior ainda se consegue introduzir a polpa de um tedo entre a cabeça e a symphise pubica; perda de meconio. Resolve-se terminar o parto operativamente (O. Rodrigues Lima).

Operação: Tentativa de forceps de Demelin e Versão.

Indicação: Vicio pelvico do 1.º gráo; soffrimento feto-materno. Operadores: Drs. O. de Souza e O. Rodrigues Lima. Narcose: Ether durante 30 minutos, sem accidentes. Cuidados previos habituaes de asepsia e antisepsia. Catheterismo vesical. O toque manual revela: Collo quasi completamente dilatado, bolsa d'aguas rota, cabeça em O. I. E. A., bem flexionada, com grande cavalgamento dos parietaes, na altura do 2.º plano paralello de Hodge; não está perfeitamente insinuada, porém, a moldagem cephalica dá-nos a impressão de ser possivel a sua passagem pelo desfiladeiro pelvico. O Dr. O. de Souza applica o forceps de Demelin, após previa dilatação cervical a Bonnaire. O forceps, embora applicado com relativa facilidade, derrapa quando começadas as tracções sobre os laços. Nessa occasião verifica-se que a cabeça do feto subira e se achava acima da área do estreito superior. Resolve-se então a versão que é praticada pelo Dr. O. Rodrigues Lima. A evolução faz-se bem e consegue-se extrahir pelas classicas manobras um feto de sexo masculino em asphyxia branca. Foram feitas todas as manobras de reanimação, improficuas. A necropsia revelou lesões cerebraes hemorrhagicas, mais nitidas ao nivel da tenda cerebellar. Delivramento natural.

Puerperio: Temperatura maxima 38,5 no terceiro dia; pulso 95 a 100. Bartholinite no fim de oito dias; retirada do dreno (que foi collocado logo em seguida ao parto) no fim de 10 dias. Extirpação das glandulas de Bartholin; corrimento amarello, com presença de gonococcus de Neisser. Alta, bôa.

O forceps de Demelin não é apenas um forceps para ser applicado no estreito superior; ahi, consegue elle, em verdade, mais do que o modelo de Simpson Barnes e melhor do que o de Tarnier, pelo simples facto de poder actuar como dupla alavanca. Vejamos as seguintes observações:

Papeleta 25.376. — Maternidade das Laranjeiras.

I. de F., 32 annos, preta, solteira, brasileira, natural do Estado do Rio, residente á rua Senador Furtado, nesta Capital.

Multigesta e multipara. Teve 4 partos anteriores, expontaneos, seguidos de puerperios ligeiramente febris. Na evolução da prenhez actual não teve nauseas nem vomitos; não ha edemas.

Ultima menstruação em 5-8-1927. Fóra da gravidez costuma fazer uso de lavagens de permanganato de potassio. Internada em 28-4-1928. Mulher de typo hypoesthenico, estatura mediana, esqueleto bem formado; orgãos internos apparentemente sãos. Ventre volumoso, de paredes semi-tensas, utero ovoide longitudinal. Foco maximo de escuta no Q. I. E. Apresentação cephalica, dorso á esquerda. Pelvimetria: BE — 23, BC — 27,5, SPE — 20, BI — 10, conj. exitus 9,5 Michaelis d. l. — 10 e d. t. 8,5 Promontorio inaccessivel. Permaneceu internada no serviço sem apresentar nada de anormal, até o dia 18-6-1928, quando ás 4,30 da madrugada começou a sentir as primeiras dôres. Exame feito ás 7,20 minutos: temperatura 36,4, pulso 96, batimentos do coração fetal 144; o toque bi-digital verificou collo fino, apagado, dilatado para 3 dedos, bolsa d'aguas rota; cabeça alta e orientada em O. I. E. A. A's 9 horas o Dr. Oliveira Motta examina a parturiente, notando a mesma situação, apenas alterada pela presença de um certo grau de edema do labio anterior do collo e verifica uma accentuada ante-versão do utero. A's 11,20 minutos, o Dr. O. Rodrigues Lima examina a parturiente notando: contracções uterinas frequentes, muito dolorosas, utero hypertonico no periodo intercalar, soffrimento fetal evidenciado na tachyarythmia de seus batimentos cardiacos, escutados no Q. I. E.; o toque informa: collo quasi completamente dilatado, existindo ainda um pouco de collo edemaciado no labio anterior. Bolsa d'aguas rota, cabeça na área do estreito superior, fixa e em via de insinuação, orientada em O. I. E. A. Accentuado ante-desvio uterino, mesmo no periodo da contração. Resolve então intervir, fazendo uma applicação do forceps de Demelin, auxiliado pelo Dr. Clyto Lemos. Narcose pelo ether com a mascara de Ombredanne, pelo interno Laurino, sem accidentes. Intervenção iniciada ás 11,30 minutos. Cuidados previos e habituaes de asepsia. O toque manual confirma o bi-digital; procedemos a dilatação manual do que restava ainda do collo, que cede e applicamos o forceps de Demelin; ramo esquerdo primeiro e posterior, ramo direito segundo e tornado anterior pela manobra de La Chapelle; trazido o segundo ramo á zona de applicação conveniente, é applicada a peça de articulação e, bem proximo á vulva, a peça de manutenção. Os laços haviam sido collocados sómente no orificio da porção anterior da colher, obedecendo ao preceito de Demelin. As tracções com os laços são executadas da seguinte fórma: primeiro, tracção sobre o ramo ramo direito, que se achava mais alto, dahi por deante egualmente sobre os dois ramos e procedendo-se a rotação para O. P., posição em que se dá o desprendimento cephalico sem difficuldade. Vem assim á luz, ás 11,45 minutos, um feto em estado de morte apparente, em bom estado de nutrição, sendo reanimado pelas manobras de respiração artificial de Sylvester, banho quente e injecção intramuscular de lobelina (3 milligrammas). O feto pesava 4.100 grammas e apresentava duas pequenas feridas na região frontal direita produzidas pela colher do forceps. Delivramento natural. Puerperio apyretico. Mãe e recemnascido bons, no 12.º dia.

Papeleta 26.201. — Maternidade das Laranjeiras.

N. C., branca, 35 annos, casada, domestica, residente á rua Julio do Carmo, italiana.

Multigesta e multipara. Não sabe informar a data da ultima menstruação, tendo tido cephaléas no evolver da prenhez actual.

A's 23 horas de 9-12-1928, perdeu aguas e ás primeiras dôres appareceram ás 3 horas de 10-12-1928. Deu entrada na Maternidade ás 9 horas de 10-12-1928. Mulher bem constituida, bastante adiposa, pressão arterial Mx 17 — Mn 10,5. Ventre volumoso, paredes flacidas. mas edemaciadas, feto em apresentação cephalica, não se podendo determinar o lado do dorso dada a espessura da parede abdominal; foco maximo no Q. I. E. Pelvimetria: BE — 25,5 BC 28, SPE 21.

O toque informa, na hora da entrada: collo grosso, dilatado para 2 dedos, não dilatavel, cabeça alta, movel, bolsa d'aguas ausente, contracções fraquissimas. A's 16 horas é collocada uma faixa, dada a ante-versão uterina; collo dilatado para 3 dedos, edema do labio anterior, cabeça alta e movel. A's 17,50 minutos ha ligeira progressão na dilatação do collo. A cabeça parece se orientar em OIDP. A's 22 horas o feto apresenta signaes de soffrimento e a situação permanece a mesma em relação ao collo e cabeça, hyposystolia uterina accentuada. Resolve-se terminar o parto operatoriamente. Rachianesthesia pelo Dr. O. Rodrigues Lima com rachianalgina (10 cts.) sem accidentes. Faz-se a applicação do forceps de Demelin intervindo o interno Laurino Vasconcellos, auxiliado pelo Dr. O. Rodrigues Lima. Após os prévios e habituaes cuidados de antisepsia e asepsia, é feito o toque manual. que revela: collo quasi completamente dilatado, dilatavel, labio anterior sensivelmente edemaciado, cabeça alta e fixada em OIEA, com ligeira bossa. Collocados os laços nas jumelles anteriores, é introduzida primeiramente a colher esquerda e posterior, guiada pela mão direita. Mantida esta colher, é introduzida a colher direita, tornada anterior pela espiral de Mme. La Chapelle. Collocada a barra de articulação e a peça de manutenção, procede-se a tracção pelos laços. Tracciona-se primeiro o laço da colher anterior para corrigir ligeiro asynclitismo. A insinuação é conseguida facilmente. A descida se realisa ao mesmo tempo que se faz o gyro helicoidal da cabeça para O. P., collocando, para isso, o laço esquerdo em baixo e o direito em cima da barra de articulação e traccionando em sentidos oppostos. Achando-se a cabeça em O. P. e não offerecendo resistencia as partes molles maternaes, foi retirado o instrumento de Demelin e feito o desprendimento por meio da manobra de Ritgen-Olshausen. Vem assim á luz um feto vivo, pesando 3.700 grammas. Não houve lesões das partes molles maternas. Delivramento natural. puerperio apyretico. Alta no oitavo dia.

Papeleta 26.858. — Maternidade das Laranjeiras.

A. G., 29 annos, parda, brasileira, residente á rua Copacabana, primigesta e primipara. Prenhez de evolução normal, amenorrhéa de 9 de Setembro de 1928. Primeiras dôres ás 23 horas de 17-6-29, dando entrada na clinica ás 2 horas de 18 de 6 de 29. Mulher bem constituida, ventre volumoso, com paniculo adiposo bem desenvolvido, circumferencia abdominal 101. Feto em situação longitudinal, apresentação cephalica, dorso á esquerda, foco maximo do Q. I. E. Pelvimetria: BE — 24, BC — 28, SPE — 20. Toque: collo longo permeavel a um dedo, apresentação alta. A's 4,40 horas do dia 20 ruptura espontanea do bolso d'aguas, collo dilatado para palma de mão, cabeça parece insinuada em O. I. E. A. com asynclitismo do parietal anterior. A's 9 horas do mesmo dia o Prof. Fernando Magalhães, deante da não progressão do parto, determina que se proceda sob anesthesia ao toque manual. Este feito pelo Dr. O. Rodrigues Lima verifica: collo quasi completamente dilatado, cabeça adaptada ao estreito superior orientada em O. I. E. A. asynclitismo pronunciado do parietal posterior; a bossa parietal anterior repousa no

bordo superior da symphise, comtudo parece não haver desproporção feto-pelvica. E' indicado então, uma applicação do forceps de Demelin, que é feita pelo Dr. O. Rodrigues Lima, auxiliado pelo Dr. Victor Lacombe. Narcose pelo ether. Applicação facil do Demelin em O. I. E. A. insinuação e descida, com rotação para O. P. tambem faceis. Episiotomia, desprendimento. Vem assim á luz um feto vivo, de 3.300 grammas. Verifica-se uma laceração lateral do collo, pequena mas interessando vaso que sangra abundantemente.

Delivramento manual. Sutura do collo, tamponamento vaginal com gaze iodoformada. Puerperio: temperatura de 38,1 no 4.º dia, normalisando-se em seguida com a simples applicação de gelo no ventre. Alta no 12.º dia.

*

* *

Na excavação encontra o forceps de Demelin indicação sempre que houver asymetria do polo cephalico, no interesse de, dada a sua asymetria intercochlear, traumatisar menos o feto. Além disso, reproduzindo elle melhor do que qualquer outro o mecanismo do parto, parece que de seu emprego consciente só poderão advir vantagens.

O mecanismo da descida gira em torno de dois pontos essenciaes: primeiro a rotação da descida se faz em helice, isto é, a cabeça vae descendo e rodando. Segundo: para uma bôa rotação é necessaria uma flexão ou deflexão perfeitas.

O forceps de Demelin, applicado em pegada bi-parietal, actuando a tracção acima do centro de figura, separados os movimentos das colheres da tracção pelos laços, poderá attender a esses preceitos de mecanismo do parto. Será o unico que, na realidade, poderá agir como «conductor» e como «corrector». Fernando Magalhães julga que o Demelin «é o adequado para a insinuação e a descida da cabeça, muito menos util para o o desprendimento, mesmo da technica do uso de um só ramo, porque o afastamento das duas colheres rompe as partes molles inferiores». Peço venia para não concordar «in totum» com o Mestre. Reputo o forceps de Demelin o instrumento ideal para o desprendimento em occipito-sacra, onde a lesão perineal é a regra, mesmo na parturição espontanea; mas a episiotomia prophylactica ahi está para afastar os inconvenientes da ferida contusa.

Para desprender a cabeça em occipito-sacra é necessario, como todos sabem, manter a flexão cephalica. Com o forceps de Simpson-Barnes utilisada a manobra do levantamento dos cabos e tracção sobre a articulação, não se consegue, sem uma technica rigorosa e ás vezes mesmo com ella, executar convenientemente esse tempo. Com o Demelin, o levantamento dos ramos e a tracção a Laroyenne fazem-n'o facilmente. Esta tracção que actua acima do meridiano de pegada, acima do centro de figura, faz com que «o forceps impilla o polo fetal

e não o puxe, e esse impulso, na sua retroactividade, muito se parece com o effeito da propulsão uterina». (F. Magalhães).

Não me parece que se possa considerar sempre o forceps no estreito inferior como de extrema facilidade. Em occipito-pubiana, talvez, mas não nas occipito-sacras, onde algumas vezes se torna necessario, seja na parada da progressão, seja como terminação da rotação instrumental para traz das posteriores baixas, solução operatoria mais consentanea com os ensinamentos do mecanismo do parto natural.

Mais algumas observações do emprego de forceps de Demelin encontram agora seu lugar. A sua leitura mostrará os recursos da technica utilisada e a solução pratica dos casos. Deixo á critica dos leitores os commentarios a que fazem jús.

Papeleta 26.451. — Maternidade das Laranjeiras.

M. L., 28 annos, preta, solteira, residente á rua Dr. Marsh, 580, brasileira.

Multigesta e multipara. Prenhez de evolução normal, amenorrhéa de 4 de Junho de 1928, apresentando pronunciado edema dos membros inferiores desde o 7.º mez. Ventre volumoso e tenso. Diagnostico de prenhez dupla em 11 de 3 de 1929; 10 dias depois de internada, pelo Dr. O. de Souza que concluio pela variedade bi-vitellina e bi-amniotica. Inicio do trabalho ás 7 horas de 24-3-29. O toque informa: ás 5 horas de 25-3-29: cabeça insinuada, collo apagado, fino, dilatado para 4 dedos, bolso d'aguas roto, cabeça em O. I. E. A.

A's 15 horas e 25 min. o foco do Q. I. E. demonstra haver soffrimento fetal, o foco do Q. S. D. apresenta batimentos normaes, 144 p. m. e rythmicos. Resolve-se intervir. Racheanesthesia pela racheanalgina 12 centgs. Operador Dr. O. Rodrigues Lima, auxiliado pelo Dr., Clyto Lemos. Cuidados prévios habituaes de asepsia e antisepsia. O toque revela collo completamente dilatado, bolso d'aguas roto, cabeça insinuada em O. I. E. A., ligeiro asyclitismo posterior. Applicação facil do Demelin que prende em O. P. um feto vivo, de 2.250 grammas. Verifica-se depois a presença de segundo feto em S. I. D. A. pelvi-podalica, segundo bolso d'aguas. E' este extrahido pelo abaixamento do pé anterior. Extracção sem incidentes, feto vivo de 2.650 grammas. Delivramento normal, 25 minutos após o parto. Puerperio apyretico, alta no 13.º dia.

Papeleta 26.540. — Maternidade das Laranjeiras.

E. H. S., branca, 24 annos, polaca, casada, residente á rua Julio do Carmo.

Primigesta e primipara. Primeiras dôres ás 22 horas de 23-3-1929 em sua residencia, deu entrada na clinica ás 12 horas de 24-3-1929. Mulher bem constituida, ventre volumoso, paredes tensas. Feto em situação longitudinal, apresentação cephalica, dorso á direita. Pelvimetria: BE — 23, BC — 27, SPE — 20. O toque informa: collo rijo, dilatado para um dedo, cabeça alta.

A's 8 horas da noite de 25-3-1929 a paciente apresenta temperatura de 38,3, pulso de 113, e o feto bate 150 vezes por minuto. O toque informa: collo fino e rijo para dois dedos, cabeça alta. Resolve-se intervir com o diagnostico de rigidez espasmodica do collo e indicada a intervenção pelo soffrimento fetal. Racheanesthesia pela racheanalgina. Operador Dr. O. Rodrigues Lima, auxi-

liado pelo interno Bezerra Cavalcanti. Em sete minutos completa-se a dilatação manual do collo. A bolsa d'aguas rompe-se no meio da dilatação artificial do collo e o polo caphalico insinua-se em O. I. D. A., posição em que é feita uma pegada com o forceps de Demelin Ramo direito primeiro e posterior, ramo esquerdo segundo e tornado anterior pela espiral de La Chapelle. Os laços haviam sido passados nas jumelles anteriores. Obedecendo aos preceitos da tracção no sentido dos eixos pelvicos e executada a rotação para O. P. tornada mais facil pela manobra flexora com o Demelin, vem assim á luz um feto vivo, de 3.100 grammas com o bi-parietal de 9 3/4, sem a menor lesão perineal. Delivramento normal. Puerperio: a febre apresentada no decorrer do trabalho, mantem-se durante o primeiro dia do puerperio e reapparece com a temperatura de 39,2 no quarto dia. Removida para o isolamento tem alta em bôas condições no 7.º dia.

Papeleta 26.544. — Maternidade das Laranjeiras.

R. L., branca, 23 annos, polaca, residente á rua Visconde Itauna. Primipara, prenhez de evolução com cephaléas, tonteiras, vomitos e edema dos membros inferiores. Primeiras dôres ás 24 horas do dia 24-3-1929, em sua residencia dando entrada na clinica ás 4 horas de 25-3-1929. Mulher bem constituida, feto em situação longitudinal, apresentação cephalica, dorso á esquerda. Pelvimetria: BE — 23, BC — 27, SPE — 19. O toque informa: collo apagado, dilatado para um dedo, cabeça insinuada, não se podendo verificar a variedade de posição.

A's 20 horas o toque informa: collo dilatado para dois dedos, dilatavel para 3, não muito fino, bolsa d'aguas presente, cabeça em O. I. E. A. A's 22 horas a paciente apresenta 37,6 de temperatura e acha-se exgottada. O feto começa a soffrer. O Dr. O. Rodrigues Lima examina então a parturiente e indica a terminação do parto sob racheanesthesia, que é feita pela racheanalgina (12 centgs.). Dilatação do collo completa em 2 minutos e meio sem lesão cervical. Rotas as membranas é applicado o forceps de Demelin em O. I. E. A. applicação e extracção faceis. Como o perineo ameaçasse ruptura, é feita uma episiotomia lateral direita. Vem á luz um feto de 2.800 grammas, vivo. Delivramento normal. Puerperio apyretico, alta no 9.º dia.

Papeleta 26.622. — Maternidade das Laranjeiras.

M. C. P., preta, 21 annos, residente na Gavea, brasileira,, primipara. Primeiras dôres ás 19 horas de 14-4-1929. Ventre volumoso, utero hypertonico, com latero desvio para direita. Feto em situação longitudinal, apresentação cephalica, dorso á esquerda. Pelvimetria: BE — 20, BC — 22, SPE — 17. Michales d. t. 10 — d. 1. 9. (7 por 2); promontorio attingivel medindo a diagonalis 10. Entrou para a clinica ás 14 horas de 15-4-1929. O toque informa: collo fino, dilatado para 3 dedos, bolso d'aguas roto, cabeça em via de insinuação, bossa volumosa em O. I. E. A. A's 22,30 horas o toque revela grande cavalgamento dos ossos do craneo, cabeça em O. I. E. A. grande bossa que vem até á vulva; soffrimento fetal accentuadissimo, batimentos incontaveis e arythmicos. E' feita uma applicação do forceps de Demelin pelo Dr. O. Rodrigues Lima, auxiliado pelo interno Bezerra Cavalcanti. Narcose pelo ether. A applicação do Demelin foi facil e a descida se fez sem necessidade de tracção violenta. Episiotomia, desprendimento em O. P. Feto nati-morto. A duração total do acto operatorio desde a introducção da primeira colher até o desprendimento do feto, demorou 11 minutos. Delivramento normal. Puerperio com temperatura de 38º no 2.º e 3.º dias, normalisando-se após. Alta bôa, no 12.º dia

Papeleta 26.679. — Maternidade das Laranjeiras.

O. de O., 19 annos, parda, solteira, brasileira, residente á rua S. Clemente, primipara. Prenhez evoluindo com vomitos cephaléa, tonteiras, edema dos membros inferiores, nos primeiros mezes da gestação. Sentio as primeiras dôres ás 23 horas de 30-4-1929 em sua residencia, entrando para a clinica ás 6 horas de 1-5-1929. Mulher bem constituida, circumferencia abdominal 84, utero tenso. Feto em situação longitudinal, apresentação cephalica, dorso á direita. Pelvimetria: BE — 22,5, BC — 25,5 — SPE — 18,5. O toque informa: Collo apagado permeavel a polpa de um dedo. Cabeça fixa, bolsa d'aguas presente. A's 16,45 horas o toque revela: collo completamente dilatado, cabeça insinuada, sutura sagital orientada no diametro obliquo esquerdo, na porção anterior desse diametro, sente-se uma fontanella quadrangular; O. I. D. P. mal flexionada. A's 20 horas a situação permanece a mesma, estando a paciente muito fatigada. E' resolvida a applicação do forceps de Demelin, praticada pelo Dr. Victor Lacombe e auxiliada pelo Dr. O. Rodrigues Lima. Narcose pelo ether. O toque manual revela: uma cabeça em O. I. D. P. que é rodada manualmente para O. I. D. A. Nessa posição é applicado o Demelin. Rotação para O. P., forçada a flexão cephalica pelo forceps. Episiotomia. Vem assim á luz um feto vivo de 3.450 grammas. Delivramento natural. Puerperio febril do 6º ao 15º dia. Alta bôa no 29º dia.

Papeleta 26.716. — Maternidade das Laranjeiras.

G. da C., 25 annos, branca, portugueza, residente á rua Bento Lisbôa. Primipara. Gestação evoluindo com pequeno edema dos membros inferiores.

Primeiras dôres ás 18 horas de 8-5-1929 em sua residencia. Entrou para a clinica ás 14 horas de 9-5-1929. Mulher bem constituida, feto em situação longitudinal, apresentação cephalica, dorso á direita. Pelvimetria: BE — 25, BC — 28, SPE — 20. O toque infirma: Collo apagado dilatado para 2 dedos, cabeça fixada em O. I. D. P., bolso d'aguas roto. A's 17 horas do dia 10-5-1929 com o collo dilatado para palma de mão inicia-se um soffrimento fetal e dado o exgottamento da paciente e a parada da progressão da cabeça, resolve-se intervir. Racheanesthesia pela racheanalgina (0,10). Operador Dr. O. Rodrigues Lima, auxiliado pelo interno Miguel Monteiro. Completada a dilatação manualmente, sem lesão cervical, é applicado o forceps de Demelin em O. I. D. P., flexão cephalica e rotação á medida que se prosegue a descida, para O. P. Desprendimento de um feto vivo de 3.000 grammas, sem lesão perineal. Delivramento normal. Puerperio apyretico. Alta no 9º dia.

Papeleta 26.852. — Maternidade das Laranjeiras.

Y. da S., 25 annos, branca, brasileira, residente na Praia do Pinto. Primipara. Sentio as primeiras dôres ás 24 horas de 16-6-1929 em sua residencia, dando entrada na clinica ás 7 horas de 17-6-1929. Mulher bem constituida, paniculo adiposo desenvolvido. Feto em situação longitudinal, apresentação cephalica, dorso á esquerda. Pelvimetria: BE — 26, BC — 28, SPE — 18,5. O toque informa: collo dilatado para 2 dedos, fino, bolso d'aguas presente. Cabeça insinuada em O. I. E. P. A's 12,40 minutos a cabeça chega ao assoalho perineal, mantendo-se em O. I. E. P. Como até ás 16,40 a situação permanecesse inalterada, o Dr. O. Rodrigues Lima resolve intervir. Narcose pelo ether. Applicação do forceps de Demelin nessa posição, é forçada a flexão cephalica pelo levantamento dos ramos do Demelin, emquanto o auxiliar interno José Soares, procedia a tracção para baixo pelos laços. Episiotomia. Desprendimento facil em O. S., não ha-

vendo maior lesão de partes molles além da incisão feita. A duração do acto operatorio foi de 5 minutos. Vem assim á luz um feto vivo pesando 3.000 grammas. Delivramento espontaneo. Puerperio febril do 4.º ao 7.º dia, normalisando-se depois. O feto falleceu no 5.º dia. A mãe teve alta, bôa, no 11.º dia.

Baseado nesta observação dos casos da Maternidade das Larangeiras, excluidas outras applicações feitas fóra desse serviço, mas concordes com as acima referidas, julgo essenciaes na technica do emprego do forceps de Demelin os seguintes pontos.

1º) A applicação dos laços nas janellas anteriores ou posteriores, de accôrdo com a variedade de posição, como aconselha o proprio Demelin.

2º) Na introducção das colheres é preciso ter em conta a largura das mesmas e a sua pouco accentuada curvatura pelviana. Assim, só se deve penetrar na pelve pela unica via de accesso que permitte a introducção da mão guia, sem mobilisar o polo insinuado. Refiro-me a grande chanfradura sciatica. Qualquer desvio dessa direcção, qualquer inclinação das colheres, mobilisará certamente a cabeça do feto. Sendo quasi recto o ramo do Demelin, não é necessaria a curva externa, semelhante a do Beniqué, que se descreve com o forceps de Simpson Barnes.

3º) Na pratica da espiral de La Chapelle, necessaria para a applicação do segundo ramo, introduzido pela via de accesso da chanfradura sciatica, posterior portanto, e que tem de ir ser applicada sobre o parietal anterior, convem ser lembrada tambem a rectidão do instrumento. Não devemos, por conseguinte, fazer grande giro externo com o cabo do forceps.

4º) A tracção obedecerá ás necessidades do mecanismo do parto; ora isolada sobre um laço, ora conjuncta sobre os dois. Não deverá nunca ser excessiva; quando improficua, buscar o *erro* existente como foi dito acima.

5.º) Das differentes technicas de rotação a melhor, mais elegante e segura, menos traumatisante é a que aconselha Demelin; collocar um laço acima e outro abaixo da barra de articulação e traccionar em direcções appostas sobre esses mesmos laços, de modo, que a cabeça vá rodando a medida que desce no desfiladeiro pelvico. E' esta a technica que tenho empregado com excellentes resultados. Nas experimentações em manequim verifiquei ser esta forma de proceder a que requer o minimo de força e que mais parece se approximar dos phenomenos mecanicos da parturição espontanea. A observação clinica, in vivo, só veio firmar ainda mais a opinião que tinha adquirido na experimentação larga no manequim.

Aconselho a leitura do manual de Demelin e a these do Dr. Laurino Vasconcellos Junior. aos interessados em maiores detalhes quanto ao emprego do forceps de Demelin, não podendo no curto espaço deste trabalho, que já vae longo, mencional-os. Tive em vista focalisar a questão.

Penso já ter uma regular observação pessoal do Demelin 8, e esta permitte-me concluir, pela theoria, que é seductora, e pela pratica que realisa as esperanças de tal seducção, que:

1º.) O forceps de Tarnier deve ser definitivamente revogado da pratica obstetrica.

2º) O forceps Demelin 8 é o unico compativel com as noções acceitas da mecanica da parturição, o unico que substitue o «vis a tergo» uterino por um «vis a fronte» consciente e racional.

3.º) O forceps de Demelin evidencia o erro do profissional, sendo esta talvez a razão da sua relativa obscuridade e pequena diffusão.

4º) O forceps de Demelin é o que mais se approxima do modelo ideal, pois, dos casos de indicação de forceps só lhe escapam as occipito-illiacas-transversas, tanto no estreito superior como na excavação.

5.º) A pegada bi-parietal é a condição «sine qua» do successo do Demelin 8, e esta só é obtida observando-se uma technica perfeita.

Rio de Janeiro, Junho de 1929.

SEGUROS EM GRUPO

A "Sul America" acaba de lançar no Brasil um novo plano de seguro destinado especialmente ás grandes emprezas ou onde houver um grande numero de empregados ou operarios trabalhando para o mesmo patrão.

Mediante insignificante contribuição mensal, a Companhia emitte uma apolice para o grupo, representando um peculio a ser entregue á familia ou pessoa indicada pelo subscriptor, em caso de fallecimento deste.

A "Sul America" foi a primeira companhia a instituir esse beneficio para os proprios empregados e os da sua colligada **"Sul America Terrestres, Maritimos e Accidentes".**

Entre outras emprezas que já instituiram grupos semelhantes figuram: THE NATIONAL CITY BANK, do Rio e de São Paulo; LAR BRAZILEIRO, ARMOURS OF BRAZIL CORPORATION, de São Paulo e Livramento; BANCO NACIONAL ULTRAMARINO; GENERAL MOTORS DO BRAZIL S. A.; COMPANHIA INTERNACIONAL DE SEGUROS.

Setenta ou mais empregados ou operarios, até 80 annos de edade, podem formar um grupo, **sem que se exija exame medico.**

É preciso, porém que 75 %, pelo menos, participem do seguro.

Em grupos de 50 a 70 pessoas exige-se participação integral.

Mediante pequena quantia por mez já pode ser garantido á familia um peculio, em caso de fallecimento do protector.

O novo Departamento creado pela **"Sul America"** Companhia Nacional de Seguros de Vida, fornecerá informações e esclarecimentos a qualquer pessoa que se interessar por esta nova modalidade de seguro.

ANNO XXIV — MARÇO DE 1930 — NUM. 3

REVISTA
DE
GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Gerente: BRENO DE MATTOS

TODA A CORRESPONDENCIA DA REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DEVE SER ENVIADA AO DIRECTOR

EXPEDIENTE DAS 5 ÁS 6 HORAS DA TARDE

ASSIGNATURA ANNUAL

BRASIL — Porte simples . .	25$000	EXTERIOR — Porte simples . .	30$000
" Registrada . .	30$000	" Registrada . .	40$000
" Para Estudantes . .	20$000		

Numero Avulso: 3$000

NOTA. — Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, rogamos aos Srs. Assignantes communicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicata.

SUMMARIO

Sobre a "Therapeutica da prenhez ectopica e seus fundamentos no diagnostico differencial" do Dr. Maurity Santos (Rev. de Gym. e d'Obst., No. 1, Janeiro de 1930) — DR. M. M. FABIÃO . 101

Ruptura da prenhez tubaria; hemorrhagia cataclysmica — Dr. LAFAYETTE DE BARROS 109

Revista de Trabalhos Allemães — Dr. JORGE SANT'ANNA . . 117

NOTICIAS

Dr. Jorge Sant'Anna 126
Um caso de exomphalia 126
II Congresso de Genetica e Eugenia = Roma . . . 128

BIBLIOGRAPHIA

Soc. de Gymn. et Obst. de Strasbourg — Fevereiro, 1928 . . 129
Zentralb. f. Gynn. — No. 22, 1927 130
La Prensa Medica Argentina. — No. 21, Dezembro de 1929 . 131
Journal of the Michigan State Med. Soc. — Julho de 1928 . . 132

NOTAS THERAPEUTICAS

A verificação do theor vitaminico do Hämatopan . . . 133
O tratamento da magreza pela Insulina 136
Da "Vaccineurina" em therapeutica 136

Resumo do Registo de Clinica Obstetrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (Janeiro de 1930) — Dr. OCTACILIO ROLINDO 137

Petite Revue 138

RESUMO DO REGISTO DA CLINICA OBSTETRICA

DA

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

A CARGO DO

Prof. Fernando Magalhães

MEZ DE JANEIRO DE 1930

Partos naturaes		89
Aborto fetal		1
Forceps		4
Infecção puerperal		3

Movimento do Ambulatorio:

Gestantes novas		152

Movimento do Laboratorio:

Urina	Quantitativos	3
	Qualitativos	6
	Microscopicos	5
Sangue	Bacteriologico—cultura	2
	Reacção de Wassermann	1
	Pesq. de hematosoario de Laveran	1
	Sôro agglutinação	1
Liq. cephalo rach.	R. de Wassermann	1
	Dosagem de albumina	1
	Exame cytologico	1
Corrimento vaginal: bacterioscopico		1

DR. OCTACILIO ROLINDO.

HÄMATOPAN

COM CALCIO

para a formação dos dentes e ossos.

ANNO XXIV ABRIL DE 1930 NUM. 4

REVISTA
DE
GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Gerente: BRENO DE MATTOS

TODA A CORRESPONDENCIA DA REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DEVE SER ENVIADA AO DIRECTOR

EXPEDIENTE DAS 5 ÁS 6 HORAS DA TARDE

ASSIGNATURA ANNUAL

BRASIL — Porte simples . .	*25$000*		EXTERIOR — Porte simples . .	*30$000*
,, Registrada . . .	*30$000*		,, Registrada. . .	*40$000*
,, Para Estudantes . .	*20$000*			

Numero Avulso: *3$000*

NOTA. — Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, rogamos aos Srs. Assignantes communicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicata.

SUMMARIO

Um caso teratologico — Dr. AZEVEDO RANGEL . . . 139
Estatistica da 1ª clinica cirurgica de mulheres da Santa Casa de São Paulo no anno de 1929 — Dra. CARMEN ESCOBAR PIRES . 145

Revista de Trabalhos Allemães — Dr. JORGE SANT'ANNA . . 161

BIBLIOGRAPHIA

Cronica Medico-Cirurgica de la Habana — No. 8, 1929 . . 174
Journal de Med. de Bordeaux — No. 30, 1029 . . . 174
Gymn. et Obst. — Junho, 1928 175
Soc. des Chir. de Paris — 2 de Novembro de 1929 . . . 175
La Prensa Med. Arg. — No. 15, 1929 176
Gymn. et Obst. — Dezembro, 1928 176

ANALYSES

Tratado de Gynecologia, publicado sob a direcção W. Stœckel, Munich. 1930— E. Herrman, As eclampsias e sua prophylaxia, Berlin-Vienna, 1930 — Dr. JORGE SANT'ANNA. . . 177

NOTAS THERAPEUTICAS

Diagnostico da gravidez pela Agomensina "Ciba" . . . 180
A Strophantinotherapia intramuscular e *per os* com "Strophalen" . 180
Applicação do conteúdo duma ampola de "Cibalena" por via gastrica 181
Novatropina "Chinoin" na Dermatologia 181
As indicações do "Elzebrol". 181
"A Sangria Incruenta" 181

Petite Revue 182

ANNO XXIV — MAIO DE 1930 — NUM. 5

REVISTA
DE
GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Director-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA.
Gerente: BRENO DE MATTOS.

TODA A CORRESPONDENCIA DA REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DEVE SER ENVIADA AO DIRECTOR
EXPEDIENTE DAS 5 ÁS 6 HORAS DA TARDE

ASSIGNATURA ANNUAL

BRASIL — Porte simples		25$000	EXTERIOR — Porte simples		30$000
" Registrada		30$000	" Registrada		40$000
" Para Estudantes		20$000			

Numero Avulso: 3$000

NOTA. — Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, rogamos aos Srs. Assignantes communicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicata.

SUMMARIO

Um caso de craneoclasia — Dr. PERICLES DA SILVA PEREIRA . 183
Peritonite aguda suppurada primitiva numa gravidez a termo antes do trabalho de parto — Dr. ALFREDO FRAGOSO . . 187
Ligeiras considerações em torno de um caso de apoplexia utero-placentar — Dr. OCTACILIO ROLINDO 195
Casuistica e prognostico das hemorragias no delivramento — Dr. JOSÉ PERRUCCI JUNIOR 199

Revista de Trabalhos Allemães — Dr. JORGE SANT'ANNA . . 205

BIBLIOGRAPHIA

Bull. de la Soc. de Gyn. et Obst. de Paris — Dezembro, 1929 . 213
Rev. Med. Latino-Americana — No. 171, Dezembro, 1929 . . 214, 215
Gyn. et Obst. — Julho, 1928 216
Bull. de la Soc. de Gyn et Obst. de Paris — Dezembro, 1929 . 217
Soc. Gyn. et Obst. de Bordeaux — Dezembro, 1928. . . 218
Soc. d'Obst. et Gyn. de Strasbourg — Janeiro, 1929. . . 218
Soc. d'Obst. et Gyn. de Toulouse — Maio, 1928 . . . 219
Gymn. et Obst. — Janeiro, 1928 219
Rev. Fr. de Gyn. et Obst. — Janeiro, 1930 219
Am. Jour. of Obst. and Gyn. — Janeiro, 1930 . . . 211

ANALYSES

Actinotherapia do carcinoma genital Feminino, por Friedrich Voltz, da "Clinica de Döderlein", Munich — JORGE SANTANNA . 222
Prejuizos do trabalho feminino na procreação; meios de os diminuir, por Heinz Cüstner — JORGE SANT'ANNA . . . 223
Breviario das Mães e das Enfermeiras, de W. Birch e A. Mayer, traducção de Jorge Sant'Anna, Martinho da Rocha Junior e José Martinho da Rocha — OLIVEIRA MOTTA. . . . 224
Manual de Dermatologia, pelo Prof. Max Joseph, traducção do Dr. Ferreira da Rosa e Erwin Zach — OLIVEIRA MOTTA. . 225
Notas therapeuticas 226
Resumo do Registo de Clinica Obstetrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro — Dr. OCTACILIO ROLINDO. . . 227
Petite Revue 228

RESUMO DO REGISTO DA CLINICA OBSTETRICA

DA

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

A CARGO DO

Prof. Fernando Magalhães

MEZES DE MARÇO E ABRIL DE 1930

Partos naturaes	124
Abortos ovulares	3
Forceps	6
Cesarianas	3
Embryotomia	1
Cura radical de hernia estrangulada	1

Movimento do Ambulatorio:

Gestantes que se matricularam	400

Movimento do Laboratorio:

Urina	Quantitativos	2
	Qualitativos	17
	Microscopicos	9

DR. OCTACILIO ROLINDO.

HÄMATOPAN
— COM FERRO —
contra chlorose e anemia, anemia perniciosa, leucemia.

ANNO XXIV — JUNHO DE 1930 — NUM. 6

REVISTA
DE
GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Director-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA.
Gerente: BRENO DE MATTOS.

TODA A CORRESPONDENCIA DA REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DEVE SER ENVIADA AO DIRECTOR

EXPEDIENTE DAS 5 ÁS 6 HORAS DA TARDE

ASSIGNATURA ANNUAL

BRASIL — Porte simples		*25$000*	EXTERIOR — Porte simples		*30$000*
,, Registrada		*30$000*	,, Registrada		*40$000*
,, Para Estudantes		*20$000*			

Numero Avulso: *3$000*

NOTA. — Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, rogamos aos Srs. Assignantes communicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicata.

SUMMARIO

Histerectomia e pueralidade — Dr. CLOVIS CORREA . . 229
Um caso de hydramnios chronico luetico — Dr. OCTACILIO ROLINDO 239
Occipito-posteriores — MARIO B. DE ABREU e HAROLDO LEITÃO . 242

Revista de Trabalhos Allemães — Dr. JORGE SANT'ANNA . . 245

SOCIEDADES MEDICAS

Academia Nacional de Medicina — Sessão de 2 de Maio de 1930. 256

ANALYSES

Funcções dos orgãos femininos e suas relações com o organismo sommatico, por Alexandre v. Fekete — JORGE SANT'ANNA . 264
Doenças inflammatorias dos orgãos genitaes femininos, pelo Professor Dr. C. Bucura — JORGE SANT'ANNA . . . 265

NOTICIAS

Professor Fernando Magalhães 267

BIBLIOGRAPHIA

Am. Jour. of Obst. and Gyn. — Janeiro, 1929 . . . 268
Am. Jour. of Obst. and Gyn. — Junho, 1929 . . . 168
Ann. di Ost. e Gin. — Fevereiro, 1930 . . . 269
Rev. Fr. de Gyn. et Obst. — Novembro. 1929 . . . 269
Rev. Fr. de Gyn. et Gbst. — Janeiro, 1930 . . . 270

Notas therapeuticas 171

Petite Revue 276

U. F. R. J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA

ANNO XXIV — JULHO DE 1930 — NUM. 7

REVISTA
DE
GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA

Proprietario e Director-Fundador: A. R. DE OLIVEIRA MOTTA.
Gerente: BRENO DE MATTOS.

TODA A CORRESPONDENCIA DA REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DEVE SER ENVIADA AO DIRECTOR

EXPEDIENTE DAS 5 ÁS 6 HORAS DA TARDE

ASSIGNATURA ANNUAL

BRASIL — Porte simples		*25$000*	EXTERIOR — Porte simples		*30$000*
,, Registrada		*30$000*	,, Registrada		*40$000*
,, Para Estudantes		*20$000*			

Numero Avulso: *3$000*

NOTA. — Sendo feita com toda a regularidade a expedição desta Revista, rogamos aos Srs. Assignantes communicarem a mudança de seus endereços, para evitar remessas em duplicata.

SUMMARIO

Um caso de apresentação cornica abandonada, com féto morto e putrefacto, em meio perfurado — Dr. HELIO ARAUJO MAIA. 277
O diametro O M — CASIMIRO MADUREIRA 285
Algumas intercurrencias pleuro-pulmonares na gestação, no parto e no puerperio — Dr. WALDEMAR ROLINDO DA SILVA . . 291
Um caso de descollamento prematuro da placenta normalmente inserida — DR. HENRIQUE BRAGA 297

Revista de Trabalhos Allemães — Dr. JORGE SANT'ANNA . . 298

ANALYSES

Veit.-Stœckel — Tratado de Gynecologia, 3a edição — 1930. . 305

BIBLIOGRAPHIA

306
Ann. di Ost. e Gin. — Janeiro, 1930 307
Rev. Fr. de Gyn. et Gbst. — Fevereiro, 1930. . . . 308
Ann. di Ost. e Gin. — Janeiro 1930 308
La Prensa Medica Argentina — 28 de Fevereiro, 1930 . . 309
La Prensa Medica Argentina — 30 de Janeiro, 1930 . . 310
Ann. Obs. e Gin. — Janeiro 1930 310
Bull. et Mem. Soc. Gyn. et Obst. de Paris — Dezembro, 1929 . 311
Soc. Obst. et Gyn. de Paris — Janeiro, 1929 312
Notas therapeuticas 316

Petite Revue . . . . . .